

KUKA SAA JA KENELLE ANNETAAN?

Diskurssianalyysi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Mia Vehviläinen

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Politiikan ja talouden

tutkimuksen laitos

Pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2019



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty | | Laitos – Institution – Department | |
| Valtiotieteellinen tiedekunta | | Politiikan ja talouden tutkimuksen laitos | |
| Tekijä – Författare – Author | | | |
| Mia Vehviläinen | | | |
| Työn nimi – Arbetets titel – Title | | | |
| Kuka saa ja kenelle annetaan? Diskurssianalyysi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. | | | |
| Oppiaine – Läroämne – Subject | | | |
| Yleinen valtio-oppi, hallinnon ja viestinnän linja | | | |
| Työn laji – Arbetets art – Level | Aika – Datum – Month and year | Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages | |
| Maisterin tutkielma | 3.4.2019 | 79 + liite 1 | |
| Tiivistelmä – Referat – Abstract | | | |
| <p>Tutkielmassa kuvaillaan valinnanvapauden diskurssin muuttumista viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tämän hetkinen valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa on vuodelta 2011 voimaan tulleen Terveystieteiden laitoksen mukainen ja sitä halutaan muuttaa hallituksen lakiesityksellä 16/2018. Tutkimuskysymyksenä on: "Miten valinnanvapauden diskurssi on muuttunut vuosien 2010 ja 2018 välisenä aikana?" Valinnanvapaudesta tarkastellaan sekä sen sisällön määrittämää että valinnanvapauden haltijaa perusteluineen. Laadullinen tutkimusaineisto muodostuu Terveystieteiden laitoksen esityksestä 90/2010 sekä hallituksen esityksestä 16/2018. Tutkimusmenetelmänä käytetään diskurssianalyysia.</p> <p>Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä käydään läpi hallinnon uudistamista New public management -ajattelumallin mukaisesti ja tarkastellaan kuinka sen toimet soveltuivat terveydenhuoltoon. Useat maat uudistivat julkista sektoriaan NPM:n mukaisesti, mutta eivät kuitenkaan saavuttaneet sen avulla tavoiteltuja säästöjä, vaan tilalle tuli uusia transaktiokustannuksia eikä yhteistyö eri toimijoiden välillä ollut sujuvaa. Niinpä on siirrytty puhumaan post-NPM-teorioista, joiden kautta tavoitellaan verkostomaista yhteistyötä sekä palveluiden integraatiota ja halutaan korjata NPM:n tuomia ongelmia. Lisäksi tarkastellaan tilaaja-tuottajamallia, joka on NPM:n sovellus ja esitetään sen käyttökokeuksia Suomesta ja ulkomailta. Tilaaja-tuottajamallin on todettu lisäävän byrokratiaa ja kasvattavan kustannuksia. Tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollossa ei vallitse konsensus siitä ovatko palveluiden tarvitsijat potilaita, asiakkaita, käyttäjiä vai jotain muuta. Niinpä lyhyesti esitellään myös, kuinka sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiin on viitattu eri aikoina ja eri maissa.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että valinnanvapauden diskurssi on muuttunut kaupallisempaan suuntaan viimeisen kymmenen vuoden aikana. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa korostuu asiakaskeisyys. Valinnanvapautta halutaan laajentaa terveydenhuollosta sosiaalihuollon ja suunhoidon pariin tilaaja-tuottajamallin myötä. Valinnanvapautta ollaan muuttamassa nykyisestä potilaan mahdollisuudesta tulevaisuudessa asiakkaan oikeudeksi, jonka avulla asiakas voisi vaikuttaa hoitoonsa valitsemalla kiireettömässä hoidossa hoitopaikkansa ja häntä hoitavan terveydenhuollon ammattihenkilön tai moniammatillisen tiimin. Samalla perinteinen terveydenhuollon diskurssi muuttuu markkinatalouden diskurssiksi ja näin ollen jatkossa terveydenhuollon päätöksiä ajaa markkinavoimat NPM:n mukaisesti perinteisen terveydenhuollon sijaan.</p> | | | |
| Avainsanat – Nyckelord – Keywords | | | |
| Hallinnonuudistus | | | |
| Valinnanvapaus | | | |
| Tilaaja-tuottajamalli | | | |
| Sosiaali- ja terveydenhuolto | | | |

Sisälllys

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 1 |
| 2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS | 4 |
| 2.1 Julkisen hallinnon uudistaminen | 4 |
| 2.2 Hallintouudistusten vaikutukset julkisessa terveydenhuollossa..... | 7 |
| 2.3 Tilaaaja-tuottajamalli | 11 |
| 2.3.1 Kokemuksia tilaaaja-tuottajamallista ulkomailta..... | 11 |
| 2.3.2 Kokemuksia tilaaaja-tuottajamallista Suomessa..... | 13 |
| 2.4 Millä termeillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä kutsutaan? | 15 |
| 2.4.1 Terveydenhuollon palveluiden käyttäjien kutsuminen | 15 |
| 2.4.2 Sosiaalihuollon palveluiden käyttäjien kutsuminen..... | 21 |
| 3 SUOMALAINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO | 25 |
| 3.1 Sosiaali ja terveydenhuollon järjestäminen..... | 25 |
| 3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus | 28 |
| 4 TUTKIMUSASETELMA..... | 31 |
| 4.1 Tutkimuskysymykset | 31 |
| 4.2 Aineiston keruu..... | 31 |
| 5 MENETELMÄT | 33 |
| 5.1 Analyysimenetelmä..... | 33 |
| 5.2 Aineiston analyysi..... | 37 |
| 6 ANALYYSI JA TULKINTA..... | 39 |
| 6.1 Valinnanvapauden määritelmä..... | 39 |
| 6.2 Valinnanvapauden määritelmän perustelut | 48 |
| 6.3 Valinnanvapauden haltija..... | 53 |
| 6.4 Valinnanvapauden haltijan perustelut..... | 57 |
| 6.5 Analyysin tulokset | 60 |

| | |
|-------------------|----|
| 7 PÄÄTELMÄT | 63 |
| LÄHTEET..... | 73 |
| LIITTEET | 80 |

1 JOHDANTO

Suomen julkisen hallinnon rakenteita ja toimintatapoja ollaan uudistamassa. Tavoitteena on kehittää julkisen hallinnon toimintaa ja turvata laadukkaat sekä kattavat palvelut. Jatkossa julkinen hallinto mahdollisesti muodostuisi kolmesta hallinnon tasosta, jotka olisivat valtio, maakunta ja kunta. Tämän uudistuksen on tarkoitus tulla voimaan 1.1.2021. (Valtiovarainministeriö 2018.)¹

Uusia julkisen hallinnon rakenteita ollaan osaltaan luomassa maakuntauudistuksen avulla (Valtioneuvosto 2018a). Nykyisen maakuntajaon pohjalta muodostetaan uudet itsehallinnolliset maakunnat ja niille siirtyy osa nykyisistä kuntien vastaamista tehtävistä. Tulevaisuudessa 18 maakuntaa saavat järjestettäväkseen kaikki alueensa sosiaali- ja terveyspalvelut. (Valtiovarainministeriö 2018.) Suunnitelman mukaan 1.1.2021 lähtien maakunnat suunnittelevat ja johtavat sekä myös rahoittavat sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta (Valtioneuvosto 2018b). Näiden julkisesti rahoitettujen palveluiden tuottajina voivat olla maakunnan muodostama liikelaitos, osuuskunta tai yhtiö, yksityiset yritykset ja ammatinharjoittajat sekä järjestöt. Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen ovat näin eri asioita. (Valtioneuvosto 2018c.)

Maakuntauudistuksen rinnalla toteutetaan myös sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus. Tässä sote-uudistuksessa muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta ja palveluita sekä rahoitusta. Tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantaa palveluiden saatavuutta ja yhdenvertaisuutta. Sote-uudistuksen avulla halutaan luoda entistä asiakaslähtöisemmät, kustannustehokkaammat ja vaikuttavammat sekä yhteen sovitettut palvelut. Samalla näiden toimintojen nykyistä monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan ja tämän avulla pyritään korjaamaan julkisen talouden kestävyysvajetta. Sen on tarkoitus tuottaa noin kolme miljardia euroa hallituksen kymmenen miljardin euron säästötavoitteesta. (Valtioneuvosto 2018d.)

Osana maakunta- ja sote-uudistusta pääministeri Juha Sipilän hallitus jätti 8.3.2018 eduskunnalle lakiesityksen valinnanvapaudesta HE 16/2018. Sosiaali- ja

¹ 22.2.2019 Perustuslakivalokunta julkisti lausuntonsa maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesityksistä ja esitti useita muutoksia. Tästä ilmeni, ettei sote-uudistus valmistu tällä hallituskaudella ja 8.3.2019 Juha Sipilän hallitus erosi. Hallituksen eropyynnön vuoksi sote-lainsäädännön käsittely päättyi.

terveyspalveluihin kohdistuvan valinnanvapauden tarkoituksena on lisätä asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia ja parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua sekä kustannusvaikuttavuutta. Lakiesityksen myötä asiakkaalla olisi oikeus valita, mistä hän jatkossa saisi sosiaali- ja terveyspalvelunsa. Julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluita voisivat jatkossa olla tarjoamassa julkiset, yksityiset sekä kolmannen sektorin toimijat. (Valtioneuvosto 2018e.)

Nykyinen terveydenhuoltolaki astui voimaan 1.5.2011. Sen kuudennen luvun pykälät 47, 48 ja 49 käsittelevät henkilön valinnan mahdollisuutta kiireettömän hoidon ja hammashoidon osalta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Tämän hetkisen valinnanvapauden ongelmaksi koetaan alueelliset erot niin kunnallisten palveluiden saatavuudessa kuin palveluvalikoimassakin sekä pitkät etäisyydet lähimpään hoitopaikkaan. Lisäksi terveysasemien vaihtamista pidetään hankalana, kun ilmoituskäytännöt ovat vaihtelevia ja vaihdon voi tehdä vain kerran vuodessa. (Junnila ym. 2016, 2.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL on arvioinut, ettei hallituksen esitys valinnanvapauslaista ole vielä nykyisessä tilanteessa riittävä, vaan siihen jää korjattavaa. Sen yhtenä heikkoutena pidetään asukkaiden yhdenvertaisuuden toteutumista, sillä maakunnilla on erilaiset edellytykset toteuttaa valinnanvapautta. Myös kustannusten kasvun hidastumista sekä sote- palveluiden integraatiota epäillään. Mikäli palveluketjut eivät toimi saumattomasti, silloin ihmiset eivät saa oikeita palveluita oikeaan aikaan. (THL 2018a.)

Koska valinnanvapautta halutaan hallituksen lakiesityksessä 16/2018 lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja valinnanvapaus on määritelty viimeksi 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa, on tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena kuvailla miten valinnanvapauden diskurssi on muuttunut vajaan kymmenvuoden aikana. Valinnanvapauden uudistumisella olisi toteutuessaan ennennäkemätön vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kenellä on valinnanvapaus ja miten valinnanvapaus on määritelty sekä millaisia perusteluja näiden taustalta on löydettävissä diskurssianalyysin avulla hallituksen lakiesityksistä HE 90/2010 ja HE 16/2018 sekä Terveydenhuoltolaista. Vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tästä näkökulmasta diskurssianalyysia hyödyntäen tehty.

Seuraavan luvun 2 teoreettinen viitekehys käsittelee julkisen hallinnon uudistuksia ja niiden vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon niin kansainvälisellä kuin

kansallisellakin tasolla. Lisäksi tarkastellaan tilaaja- ja tuottajamallia ja käydään läpi millaisilla termeillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjistä puhutaan. Luku 3 esittelee lyhyesti suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenteen ja rahoituksen. Luku 4 käy läpi tutkimusasetelman. Luku 5 kertoo tutkimuksessa käytetyn tutkimusmenetelmän ja luvussa 6 esitellään tutkimusaineiston analyysi. Viimeinen luku 7 sisältää tutkimuksen päätelmät sekä jatkotutkimusaiheet.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Julkisen hallinnon uudistaminen

Hyvinvointivaltion määrittelemisen ei ole yksiselitteistä. Sitä voidaan kuvata valtion velvollisuuksilla ja vastuilla, joiden kautta se huolehtii muun muassa kansalaisten sosiaaliturvasta ja terveydestä sekä työllisyydestä. Koska tehtäväkenttä on laaja, ei hyvinvointivaltio voi toimia ilman kestäväää perustaa. Talouskasvun heikentyminen ja työttömyyden lisääntyminen näkyvät hyvinvointivaltion kassassa budjettivajeena ja heikentävät sen suorituskykyä selvitä tehtävistään (Julkunen 2017, 31-49.)

Hyvinvointivaltion rakentamisen ja laajenemisen vaihe kohtasi 1970-luvun lopulla Isossa-Britanniassa ja jo vuosikymmen aiemmin Yhdysvalloissa talouden heikentymisen. Hyvinvointivaltion politiikka alkoi muotoutua uudelleen uusliberaalien suuntaviivojen mukaisesti. Eurooppalaiset yhteiskunnat siirtyivät hieman eri aikatauluissa vaiheeseen, jossa hyvinvointivaltioiden laajeneminen pysähtyi ja kertaalleen rakennettuihin instituutioihin kohdistui reformaatioita. (Julkunen 2017, 318.)

Useat länsimaat toteuttivat 1980- ja 1990-luvuilla uudistuksia julkisella sektorilla. Niiden taustalla oli näkemys siitä, että hyvinvointivaltio oli kasvanut liian suureksi ja sen toiminta oli tehotonta. Reformeja toteutettiin ja toimintaa ohjasi New Public Management (NPM) ajattelu, jossa yksityisen sektorin johtamiskäytäntöjä otettiin julkisen puolen käyttöön. Siihen kuului muun muassa kustannusten kontrollointi ja tuloksellisuuden indikaattorit sekä näennäismarkkinoiden luominen. (Blomgren ja Sahlin 2007, 157.) ”Run government like a business” lause kiteyttää NPM ajattelumaailmaan kuuluvan niin markkinatalouden, kuin myös bisnesjohtamisenkin mukaiset arvot ja tekniikat (Denhardt ja Denhardt, 2007, 22).

New public managementista käytetään myös nimitystä uusi julkisjohtaminen. Sen avulla tavoiteltiin niin hallinnon tehostumista ja vaikuttavuuden lisääntymistä, kuin myös taloudellisia säästöjä että julkisten palveluiden laadun kohenemista. Sen myötä tehtiin julkisen sektorin organisaatioiden rakenteissa ja prosesseissa muutoksia, jotta ne saataisiin toimimaan paremmin. Rakenteellisia uudistuksia toteutettiin sekä yhdistämällä organisaatioita toisiinsa että pilkkomalla niitä pienemmiksi. Luomalla muutamia suuria yksiköitä tavoiteltiin koordinaation paranemista ja pienten yksiköiden lisääntymisellä toimintojen erikostumista. Prosessiuudistusten myötä toimintoja suunniteltiin uudelleen

ja asetettiin esimerkiksi laatustandardeja terveydenhuoltoon ja opetustoimeen. (Pollitt ja Boukaert 2004, 6-8.)

Uudistusten myötä monia aiemmin valtion omistuksessa olevia laitoksia ja yhtiöitä yksityistettiin, kuten esimerkiksi lentoyhtiöitä, vesi- ja puhelinlaitoksia sekä postipalveluita. Näin toimittiin muun muassa Isossa-Britanniassa, Ranskassa, Hollannissa ja Uudessa Seelannissa sekä Australiassa. (Pollitt ja Boukaert 2004, 19.) Joissakin maissa yksityistäminen levisi myös terveydenhuollon pariin. Esimerkiksi Saksassa yksityistettyjen sairaaloiden osuus kasvoi vuosien 1991 ja 2004 välillä 14.8 prosentista aina 25.4 prosenttiin. Berliinin alueella yksityisten sairaaloiden osuus kaikista sairaaloista nousi jopa 45 prosenttiin. (Schulten 2006, 3-4.)

Toteutettujen uudistusten kautta haluttiin saavuttaa laadukkaampia julkisia palveluita aiempaa pienemmillä kustannuksilla. Samalla haluttiin parantaa mielikuvaa julkisesta hallinnosta, koska sitä pidettiin tehottomana. Joissakin maissa esimerkiksi julkista opetusta arvosteltiin, koska sen budjetti oli suuri ja oppilaiden oppimistulokset kuitenkin vain heikkenevät ja lisäksi kouluissa esiintyi sosiaalisia ongelmia kuten väkivaltaa. (Simonet 2008, 618.)

Isossa-Britanniassa, Hollannissa ja Ruotsissa NPM:n hengessä tehtyjen uudistusten seurauksena ilmeni kuitenkin uusia transaktiokustannuksia, vaikka tarkoitus oli saavuttaa parempaa kontrollia kustannuksiin ja luoda kilpailua sekä tehokkuutta markkinoille. Kun palveluita yksityistettiin ja luotiin kilpailua sekä valinnanvapautta, tarvittiin kuitenkin niiden lisäksi myös uusia tietojärjestelmiä, palveluohjausta, kilpailutuksen toimeenpanoa ja laadun valvontaa sekä varmennusta. (Julkunen, 2017, 324.)

Julkisella sektorilla toteutetut uudistukset ovat olleet laaja-alaisia ja niinpä systemaattinen arvioiminen NPM:n vaikutuksista on ollut vaikeaa. Kun tarkastellaan uudistusta ja sen tuloksia, täytyy ottaa huomioon paitsi panoksen ja tuotoksen hyötysuhde niin myös lopputulos sekä vaikuttavuus. Voidaan esimerkiksi tarkastella opetuksessa tehtyjä muutoksia ja arvioida ovatko oppilaat oppineet toteutuneiden tuntimäärien kautta sen, mikä heille oli määritelty saavutettavaksi lopputulokseksi. Lisäksi täytyy ottaa huomioon ne kustannukset, joita tästä on aiheutunut. NPM:n mukaisia uudistuksia on tehty myös terveydenhuollossa. Esimerkiksi sairaalan leikkaussalien johtamiskäytäntöjä on muutettu. Vaikka näin on saatu uudistettua kirurgisten operaatioiden toimintoja, niin

samalla on kuitenkin syntynyt virheitä yksittäisten lääkärin ja hoitajien toimesta ja näillä on merkitystä kokonaisarvion kannalta. (Pollitt ja Boukaert 2017, 15-16.)

New Public Managementin mukaiset uudistukset ovat monessa maassa jo pysähtyneet tai niitä on jopa kumottu. Näin on käynyt varsinkin maissa, jotka ovat olleet toteuttamassa NPM:n mukaisia uudistuksia ensimmäisten joukossa. Sosiaalisten ongelmien ratkaisuun tarvitaan toisenlaisia ratkaisukeinoja. Puhutaankin post- NPM teorioista. Digitalisaatio, tarveperustainen kokonaisarvio ja organisaatioiden uudelleen integrointi ovat yhden uuden hallinnollisen uudistuksen avainsanoja. Tällöin puhutaan ”digital-era governancesta (DEG) eli digitaalisen ajan hallinnosta. Informaatioteknologian myötä voidaan puuttua paremmin niihin ongelmiin, joita NPM ei kyennyt ratkaisemaan tai jotka ilmaantuivat sen seurauksena. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on kustannussäästöjen tavoittelemiseksi ulkoistettu sairaaloiden siivous ulkopuoliselle taholle. Samaan aikaan sairaalainfektiot ovat kuitenkin lisääntyneet, koska sairaaloiden osastot olivat siivouksen ulkoistamisen myötä aiempaa likaisempia. (Dunleavy ym. 2005, 467-476.)

Digitaalisen ajan hallintouudistuksessa ei ole tarkoitus rakentaa NPM:n aikana purettuja organisaatioita uudelleen samoiksi, vaan luoda toimijoiden verkostoja. Tarve- tai asiakasperustainen lähestymistapa korvaa NPM:n mukaisen liike-elämälähtöisen lähestymistavan. Elektronisten palveluiden kautta voidaan aktivoida palveluiden käyttäjiä ja laajentaa palveluiden tarjontaa. Tieto on helpommin saatavilla, kun se on tallennettu yhteen ja samaan paikkaan eikä sitä tarvitse etsiä useasta paikasta kuten NPM:n aikana, kun organisaatiot olivat siiloutuneita. Näiden muutosten myötä voidaan näin sekä korjata jo aiemmin syntyneitä ongelmia, että ratkoa paremmin haasteellisia ja monimutkaisia sosiaalisia ongelmia. (Dunleavy ym. 2005, 480-484.)

Toisena NPM:n jälkeisenä uutena hallinnollisena mallina voidaan pitää julkisten arvojen (Public value) mallia. Kun NPM:ssa korostuivat taloudelliset arvot, niin Public value -mallissa ajatellaan muitakin arvoja kuten laatua ja luottamusta. Se ei tavoittele vain yksilöllisten tavoitteiden saavuttamista vaan kollektiivisten preferenssien tavoittamista, kuten esimerkiksi kansallista turvallisuutta ja julkista terveyttä. Markkinataloudellisten toimintamallien sijaan toimitaan verkostojen kautta. (O’Flynn 2007, 39-361.)

Edellisten lisäksi myös whole-of-government (WOG) ajattelu on saanut kannatusta. Whole-of-governmentissa keskeisenä ajatuksena on organisaatioiden rajat ylittävä hallinnollinen yhteistyö. Siihen kuuluu myös sidosryhmien huomioiminen

päätöksenteossa. Nämä ovat vastatoimia NPM:n myötä syntyneelle siiloutuneelle organisaatorakenteelle. WOG:n avulla voidaan parantaa sekä horisontaalista että vertikaalista koordinaatioita ja resurssien käyttöä. Siitä on kokemusta etenkin Australiasta ja Uudesta Seelannista. (Lægreid ja Christensen 2007, 11-13.)

Kuitenkin Pollittin ja Boukaertin (2017, 7-8) mukaan on vielä vaikea sanoa selvästi, mikä uusi teoria nousisi NPM:n jälkeisen ajan valtavirtateoriaksi julkisen sektorin reformeissa. Puhutaanpa sitten e-hallinnosta, kumppanuudesta ja verkostoista tai osallisuudesta, niin yhteisenä nimittäjänä näille kaikille malleille toimii kuitenkin post-NPM eli new public managementin jälkeinen näkökulma.

Yhteenvedon voidaan ylläolevan perusteella todeta, ettei julkisen hallinnon kehittäminen NPM-ajattelun myötä kyennyt lunastamaan sille asetettuja lupauksia. Lisäksi tilalle syntyi uusia ongelmia, joita nyt pyritään ratkaisemaan erilaisten näkökulmien avulla. Onko koko julkisen sektorin uudistamisen arvioiminen liian laaja yritys, pitäisikö NPM:n mukaisten uudistusten toimivuutta arvioida rajatumminkin? Seuraavaksi tarkastellaan miten new public management on toiminut sosiaali- ja terveydenhuollon parissa.

2.2 Hallintouudistusten vaikutukset julkisessa terveydenhuollossa

Julkinen terveydenhuolto sai länsimaissa oman osansa NPM -ajattelun mukaisesta reformiaallosta. Uudistusten myötä haluttiin tarjota parempaa terveydenhuoltoa ja saada samaan aikaan erilaisia säästöjä. New public managementin mukaisesti terveydenhuoltoa avattiin kilpailulle, luotiin mittareita tuloksellisuudelle ja purettiin keskitettyä päätöksentekoa sekä luotiin julkisen ja yksityisen sektorin välisiä sopimuksia palveluiden tuottamisesta. 1990-luvulla Isossa-Britanniassa luotiin julkiseen terveydenhuoltoon sisäiset markkinat. Italiassa puolestaan otettiin vuonna 1992 terveydenhuollon parissa käyttöön yrittäjyyteen pohjaava malli, joka käytti markkinamekanismeja ja moderneja johtamiskäytäntöjä, joita oli testattu yksityisellä sektorilla. Pienet yksityiset aziende sanitarie tuottajat tuottivat terveydenhuollon palveluita paikalliselle väestölle. (Simonet 2008, 617-620.)

Terveysthuollon palveluiden avaaminen kilpailulle synnytti sopimusten verkoston julkisen ja yksityisen sektorin tilaajien ja tuottajien välille. Tämä ei alentanut kustannuksia, vaan jopa lisäsi niitä. Uusien palveluntuottajien myötä tuli tarve kehittää erilaisia seurantamenetelmiä ja se lisäsi kustannuksia. Esimerkiksi British National Health Service (NHS) sai aiemmin kansainvälisessä vertailussa hyvän arvosanan matalien hallinnollisten kustannusten vuoksi. Ennen vuotta 1980 sen hallinnolliset kustannukset olivat viisi prosenttia terveydenhuollon kuluista. 1990-luvulla toteutettu terveydenhuollon sisäisten markkinoiden kehittäminen ja siihen liittyvään tilaaja-tuottaja malliin siirtyminen johti NHS:n uudelleen organisointiin ja hallinnolliset kulut kasvoivat viidestä prosentista 12 prosenttiin. (Rowland ym. 2001, 404-406.)

Isossa-Britanniassa on myös arvioitu, että vuosien 1979 ja 1997 välisenä aikana akuuttisairaaloiden potilaspaikat vähenivät julkisen sektorin uudistusten myötä 39 000 vuodepaikalla. Täyttämättömiä sairaanhoitajien toimia on noin 9000. Muun muassa näiden edellä mainittujen asioiden seurauksena monet NHS sairaalat voivat toimia vain 80 prosentin kapasiteetilla. (Rowland ym. 2001, 404.)

Isossa-Britanniassa on myös noussut esille se, ettei yksityisten akuuttisairaaloiden laatua arvioida julkisen puolen sairaaloita heikommaksi. Yksityisissä sairaaloissa ei kuitenkaan ole välttämättä kellon ympäri saatavilla elvytykseen tai muuhun hätätilanteeseen liittyvää välineistöä tai riittävän kokenutta henkilökuntaa, vaikka sairaala itsessään olisikin auki. Myös leikkausten jälkeisten komplikaatioiden kehittyminen ja potilaan menehtyminen olivat myös yksityisissä sairaaloissa korkeammat kuin NHS:n sairaaloissa. (Rowland ym. 2001, 408.)

Italiassa puolestaan on tullut ilmi epäoikeudenmukaisuuksia eri alueiden välillä. Terveysthuollon järjestämisestä vastaavilla alueilla on ollut toisistaan poikkeavia sääntöjä ja sääntelyä sekä organisaatioita. Nämä ovat johtaneet toisistaan poikkeaviin lopputuloksiin sekä hoidoin toteutuksessa että hinnoittelussa. (Simonet 2008, 628.)

Eri maat omaksuivat NPM-ajattelun mukaisia toimia vaihtelevasti. Osa toteutti sen hengessä enemmän ja suurempia uudistuksia kuin toiset. Samoin myös NPM:n aikaansaamat vaikutukset vaihtelivat. Kuitenkaan NPM ei toiminut terveydenhuoltosektorilla kuten julkisen puolen sektoreissa yleensä. Sen myötä byrokratia lisääntyi eikä kilpailun avulla saavutettu automaattisesti parempaa tuottavuutta tai tuloksellisuutta. Tavoiteltujen tulosten arvioiminen on ollut myös paikoin varsin

haasteellista. Isossa-Britanniassa on kehitetty erilaisia laadunseurantamenetelmiä, joiden avulla on arvioitu sekä palveluiden tuottamista ja käytettyjä resursseja. Lisäksi on arvioitu potilaiden odotusaikoja, peruutettujen toimenpiteiden lukumäärää ja sairaaloiden siisteyttä sekä kuolemantapausten lukumääriä. (Simonet 2008, 617-621.)

Sosiaaliset, poliittiset sekä johtamiskulttuurilliset erot eri maiden välillä vaikuttivat siihen, kuinka laajasti ja syvästi eri maat omaksuivat NPM:n ajattelumallin uudistuksissaan. NPM:n jälkeisiä uudistuksia toteutettaessa niihin vaikuttavat paitsi NPM:n omaksumisaste niin myös maan hallintomalli että säätelyntaso. NPM:n jälkeisessä liikkeessä ollaan menossa kohti verkostojen itsesäätelyä ja potilaan valintaa. (Dent 2005, 632-633.)

Isossa-Britanniassa on siirrytty julkisen sektorin palveluiden tuottamisessa ja hallinnassa kohti verkostojen toimintaa. Siellä NPM:n mukaiset uudistukset kohdistuivat aikoinaan rajuimmin juuri terveydenhuoltoon. Verkostojen kautta muodostuu pehmeämpi hallintomalli, kuin mitä se oli NPM:n aikakaudella. Nyt verkostojen avulla voidaan tehdä helpommin vertikaalista yhteistyötä. Erityisesti tästä verkostomallista on saatu kokemusta terveydenhuollosta syöpäpotilaiden hoitojen osalta. Verkostojen avulla tieto ja taito yhdistyvät paremmin ja se näkyy potilaan hoidossa. (Addicott 2008, 147-160.) Kyseessä ei kuitenkaan ole sellainen verkoston toimintamalli, jossa julkisen puolen palveluiden tuottaminen olisi sopimuksin ulkoistettu yksityiselle sektorille. Sellaisesta toiminnasta muodostuisi monimutkainen ja kallis toimijoiden verkko, jossa tehokkuutta ja tuottavuutta ei saavutettaisi. (Rowland ym. 2001, 405.)

Value-based eli arvopohjainen ajattelu on saanut sijaa terveydenhuollossa. Tässä ajattelussa katsotaan yksittäisten osatekijöiden sijaan kokonaiskuvaa ja lopputulemaa. Sen mukaan todellista säästöä syntyy silloin, kun katsotaan terveydenhuollon toimien aikaansaamaa lopputulosta ja pyritään parantamaan sitä. Tämä vaatii muutosta nykyiseen ajattelumalliin, missä kiinnitetään huomio kokonaiskuvan sijaan yksittäisiin tekijöihin ja muokataan niiden kustannuksia. Tällöin syntyy helposti kustannusten siirtelyä paikasta toiseen ja näitä säästöjä voidaan kutsua valheellisiksi säästöiksi. Mikäli terveyspalveluissa arvioidaan ja painotetaan vain toimijoiden aikaan saamia yksittäisiä parhaita tuloksia, voi kokonaiskuva jäädä vinoutuneeksi. Esimerkiksi jokin sairaala voi korostaa sitä, kuinka alhainen sydäninfarktin saaneiden potilaiden kuolleisuus heidän sairaalassa on 30 vuorokauden kuluttua infarktin saamisesta. Tämä ei kerro kuitenkaan

kokonaiskuvaava sairaalan antamasta hoidonlaadusta. Jollain muulla erikoisalalla esimerkiksi syöpäpotilaiden kohdalla, voi hoitovirheiden määrä tai kuolleisuus olla merkittävästi erilainen. Valued-based ajattelussa kiinnitetään huomiota on potilaan kokonaisterveydentilaan ja sen ylläpitämiseen sekä parantamiseen. (Porter 2009, 109-110.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät kohtaavat yhteiskunnallisia muutoksia ympäri maailmaa. Väestön ikääntyminen lisää palveluiden tarvetta ja samalla ammattitaitoisesta työvoimasta on pulaa. Tulevaisuuden haasteisiin pitää pystyä vastaamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalveluiden yhteen sovitettulla kokonaisuudella, joka takaa palveluiden laadun ja saatavuuden. (Erhola ym. 2014, 3.) Engeströmin mukaan (2004, 71) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapojen ja organisaatioiden uudistaminen on hankalaa. Valtakunnallisella lainsäädännöllä toteutettujen kehitysuudistusten seurauksina ilmenee usein erilaisia sivuvaikutuksia, jotka voivat muodostua tavoiteltuja tuloksia merkittävimiksi.

Edellä esitetystä voidaan näin todeta, ettei New public management toiminut sosiaali- ja terveydenhuollon parissa ongelmitta. Onko se siis jatkossa syytä unohtaa kokonaan, vai voidaanko sen ajatuksia yrittää vielä hyödyntää? Monet maat ovat jo luopuneet NPM:n mukaista toimista sosiaali- ja terveydenhuollon parissa. Tilalle on haluttu nykyistä parempaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä ja yhteistyön halutaan muutoinkin toimivan saumattomammin. Potilaan hoidossa kiinnitetään huomiota kokonaiskuvaan ja se onnistuu parhaiten verkostomaisen työskentelyn kautta. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta, palveluita sekä rahoitusta halutaan uudistaa. Nykyistä järjestelmäämme ei pidetä toimivana ja tilalle halutaan uudistettu malli, jossa maakunnilla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Palveluiden tuottajana voi toimia maakuntien ohella yksityinen tai kolmassektori. Ollaanko nyt menossa terveydenhuollon uudistamisessa eteenpäin vai palataanko ajassa taaksepäin? Seuraavaksi tarkastellaan millaisia tuloksia tällaisesta tilaaja-tuottajamallista on saatu.

2.3 Tilaaja-tuottajamalli

2.3.1 Kokemuksia tilaaja-tuottajamallista ulkomailta

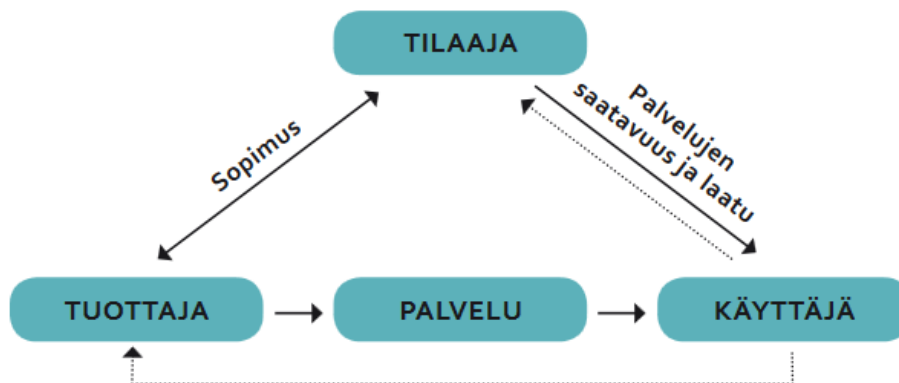
Hallintotieteellinen tutkimus liittyy tilaaja-tuottajamallin New public managementin kontekstiin julkisen sektorin kehittämisessä. NPM-ajattelun mukaisesti julkista hallintoa tehostetaan markkinasuuntautuneiden toimintatapojen kautta. Tilaaja-tuottajamallin käyttämistä kuntien oman sekä ulkopuolisen palvelutuotannon järjestämisessä voidaan pitää markkinasuuntautuneiden toimintamallien käytön sovelluksena. (Suomen kuntaliitto 2011, 13.)

Tilaaja-tuottaja-toimintatapa tarkoittaa palvelun tilaajan ja tuottajan organisatorista erottamista toisistaan ja tähän liittyvää yhteistyötä. Tilaaja-tuottaja-toimintatapaa tai -mallia kutsutaan toisinaan myös sopimusohjausmalliksi tai ydinkunta-palvelukuntamalliksi. Kaikkien näiden taustalta löytyvät samat elementit, mutta niiden keskinäinen painotus saattaa vaihdella. Yhteisiä tunnusmerkkejä ovat sopimuksilla ohjaaminen ja tilaajan ja tuottajan välille luotava ostaja-myyjä suhde. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluissa omana erityispiirteenään on palveluiden ostaminen kolmannelle osapuolelle eli kuntalaiselle, jonka vaikutusmahdollisuudet itseään koskeviin palveluihin saattaa olla vähäinen. (Junnila ja Fredriksson 2012, 7.)

Kaavailtuun sote-uudistukseen liittyen on kerrottu kuinka sosiaali- ja terveyspalveluiden tilaajina olisivat maakunnat ja palveluiden tuottamiseen voisivat osallistua niin maakunnat, yksityiset kuin kolmannen sektorin edustajatkin. Tilaaja ja tuottaja olisi näin erotettu toisistaan tilaaja-tuottajamallin mukaisesti.

Tilaaja-tuottajamalliin siirtymiseen on liittynyt monia tavoitteita. Sen avulla on haluttu uudistaa kunnallista palvelutuotantoa ja perinteistä toimintatapaa, parantaa tuottavuutta ja palveluiden vertailtavuutta sekä aikaansaada taloudellisia säästöjä. Lisäksi palveluvalikoiman monipuolistumisella on tavoiteltu asiakaslähtöisyyden lisääntymistä. (Junnila ja Fredriksson 2012, 10.)

Alla oleva kuvio 1 havainnollistaa tilaaja-tuottajamallin toimintaa ja tuo esiin käyttäjän heikot vaikutusmahdollisuudet sekä tuottajaan että tilaajaan.



Kuvio 1. Tilaaja-tuottajamallin peruselementit (THL 2012).

Useissa maissa tämä julkisen toimijan sisäisen tilaaja- ja tuottajafunktion eriyttäminen on lisännyt palveluiden tuottamista julkisen sektorin ulkopuolelta. Malli on ollut Euroopan maissa käytössä pääasiassa kansallisesti tai alueellisesti. Sitä on kuitenkin pidetty monimutkaisena, eikä sen avulla ole päästy haluttuihin tavoitteisiin. Niinpä tilaajan ja tuottajan toimintaa ja sitä ohjaavia periaatteita ollaan Euroopassa uudistamassa. Irlannissa halutaan tilalle yksinkertaisempi malli ja Skotlanti on halunnut lisätä sosiaali- ja terveystalouden integraatiota. (Jonsson ym. 2016, 1-2.)

Ruotsissa tilaaja-tuottajamalli tuli käyttöön useilla maakäräjäalueilla 1980- ja 1990-lukujen taitteessa. Poliittisten päättäjien etäännyttämisen palveluiden tuotannosta arveltiin yksinkertaistavan päätöksentekoa ja kilpailun parantavan toiminnan kustannusvaikuttavuutta. Kuitenkin tämän mallin isoksi ongelmaksi muodostui tilaajien puutteellinen osaaminen. Substanssiosaaminen kasautui tuottajapuolelle ja toiminnan laajuuteen, laatuun sekä sisältöön liittyvät vaatimukset olivat tilaajille liian ongelmallisia. Monilla alueilla tuottavuuden paraneminen sekä taloudelliset edut jäivät vähäisiksi ja samaan aikaan ilmeni huomattavia transaktiokustannuksia. (Jonsson ym. 2016, 1-2.)

Isossa-Britanniassa tilaaja-tuottajamallissa on painotettu palvelun tuottajien keskinäistä kilpailua ja palvelun käyttäjien valinnanvapautta. Väestön ikääntyminen ja pitkäaikaissairaiden määrän lisääntyminen asettavat kuitenkin suuria taloudellisia paineita sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Niinpä tilaaja- ja tuottajamallia on haluttu kehittää kokonaisvaltaisen, strategisen ja pitkäjänteisen suunnittelun sekä järjestämisen näkökulmasta. Palveluiden kehittämiseen otetaan mukaan sekä palveluiden tuottajia että käyttäjiä. (Jonsson ym. 2016, 7-8.)

Skotlannissa tilaaja-tuottajamalli tuli käyttöön vuonna 1991 osana Iso-Britannian NHS-järjestelmää. Pääasiallisena syynä tästä mallista luopumiselle on ollut tavoite vahvistaa sosiaali- ja terveystalouden yhteistoimintaa ja integraatiota. Palvelujen kustannuksiin, laatuun ja vaikuttavuuteen on kiinnitetty liian vähän huomiota. Lisäksi palvelujärjestelmien haasteisiin on vastattu lyhytnäköisesti, eikä ole ajateltu kestäviä pitkän aikavälin ratkaisuja. (Jonsson ym. 2016, 8.)

Edellä esitetyn perusteella voidaan todeta, ettei tilaaja-tuottajamallista ole siis saatu maailmalla positiivisia kokemuksia. Sen myötä on ilmaantunut lisäkustannuksia ja byrokratia on lisääntynyt. Tilaaja-tuottajamallin tilalle on haluttu sosiaali- ja terveydenhuollon parempaa yhteistyötä ja integraatiota. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ilmenevät haasteet tarvitsevat pitkän aikavälin ratkaisuja. Monet maat ovatkin luopuneet tilaaja-tuottajamallista.

2.3.2 Kokemuksia tilaaja-tuottajamallista Suomessa

Suomessa kunnat ovat vastuussa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja meillä palvelujen tilaajat ovat moniin muihin maihin verrattuna pieniä. Ensimmäiset sisäiset tilaaja-tuottajamallin sovellukset tulivat Suomessa käyttöön 1990-luvulla, mutta laajemmin se yleistyi 2000-luvulla. Parhaiten tilaaja-tuottajamallista on kokemusta eräistä suurista ja keskisuurista kaupungeista, kuten Tampereelta, Oulusta, Kouvolasta ja Hämeenlinnasta sekä Rovaniemeltä. (Jonsson ym. 2016, 2.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos selvitti vuonna 2010 kuntakyselyn avulla sisäisen tilaaja- tuottajamallin laajuutta. Kysely lähetettiin niille kunnille, jotka järjestivät sosiaali- ja terveystaloutensa itse. Vastanneista 83 kunnasta (vastausprosentti 67) 11 kuntaa

ilmoitti käyttävänsä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannossa sisäistä tilaaja-tuottajamallia. Useimmat olivat suuria tai keskisuuria kaupunkeja ja toimintatavan käyttöönotto liittyi myös alueella tehtyihin kuntaliitoksiin. Kyselyajankohdan jälkeen kuitenkin lähes kaikki tätä toimintatapaa käyttäneet ovat joko luopuneet tai luopumassa mallin käytöstä. Pääasiallinen syy mallista luopumiseen on se, ettei sen avulla ole saavutettu sille asetettuja tavoitteita ja se on koettu hallinnollisesti raskaaksi malliksi. Tästä toimintatavasta luopumisesta huolimatta, useat kunnat rakentavat palveluntuotantonsa edelleen monituottajatoimintatavan mukaisesti ja käyttävät erilaisia sopimusohjauksen tapoja suhteessa ulkoiseen palveluntuotantoon. (Jonsson ym. 2016, 2-3.)

Oulun kaupunki on luopunut vuonna 1998 asteittain käyttöönsä ottamasta tilaaja-tuottajatoimintatapaan pohjautuneesta ydinkunta-palvelukuntamallista, koska tilaajan ja tuottajan eriyttämisellä ei ole voitu lunastaa sille asetettuja toiveita esimerkiksi kustannuskehityksen osalta. Lisäksi päätöksenteossa ja johtamisessa koettiin olevan liian monta porrasta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa tilalle on tullut elämänsäkaaren huomioiva asiakaslähtöinen hyvinvointimalli. Tavoitteena on karsia liiallista byrokratiaa. Tilaajan ja tuottajan tehtävät on siirretty samaan organisaatioon. (Jonsson ym. 2016, 4.)

Rovaniemen kaupunki otti vuonna 2006 tehdyn kaupungin ja maalaiskunnan välisen kuntaliitoksen myötä käyttöönsä tilaaja-tuottajatoimintatapaan kuuluvan sopimusohjausmallin. Mallin toimivuuden arvioinnissa sen myönteisinä piirteinä pidettiin kustannustietoisuuden, tuotteistuksen sekä palveluiden laadun kehittymistä. Sen keskeisinä ongelmia nousi kuitenkin esiin organisaation raskaus, monimutkaisuus sekä moniportaisuus. Toimivaltasuhteet sekä vastuukysymykset olivat epäselviä. Mallia pidettiin myös kalliina. Niinpä Rovaniemen kaupunki luopui mallista vuoden 2015 alusta ja siirtyi uuteen tulosohjausmalliin. (Jonsson ym. 2016, 4.)

Suomessa tilaaja-tuottajamallin erikoisuutena on ollut tuottajien pieni kokoluokka. Muualla tuottajat ovat toimineet alueellisella tai kansallisella tasolla. Meillä se on ollut käytössä lähinnä perusterveydenhuollon piirissä, kun se on muualla toiminut erikoissairaanhoidossa. Lisäksi siihen ei ole ollut sosiaali- ja terveydenhuoltoon sovellettaessa olemassa mitään omaa lainsäädäntöään, erityisiä säätelymekanismeja tai ohjauslinjoja, vaan sitä on ohjattu yleisten julkisten hankintojen ohjeistuksen mukaisesti. (Tynkkynen ym. 2013, 221.)

Tilaaja-tuottajamallista saadut kokemukset ovat olleet pääasiassa negatiivisia myös Suomessa. Mallin on koettu aiheuttavan lisää byrokratiaa ja vaikeuttavan päätöksentekoa. Se on osoittautunut lisäksi kalliiksi. Monet kunnat ovatkin luopuneet sen käytöstä. Ulkomailla tilaaja-tuottajamalli on ollut erikoissairaanhoidon parissa käytössä ja meillä se on koskenut perusterveydenhuoltoa. Huolimatta mallin soveltamisalueen eroista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä tuottajien kokoluokan vaihteluista, ovat mallista saadut kokemukset yhteneväisiä. Seuraavaksi tarkastellaan kuinka sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjiä kutsutaan.

2.4 Millä termeillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä kutsutaan?

2.4.1 Terveydenhuollon palveluiden käyttäjien kutsuminen

Tässä kohtaa tarkastellaan millaisia eri termejä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjistä on käytössä. Koska tutkimuksessa halutaan selvittää kenellä on valinnanvapaus, on hyvä olla perillä sosiaali- ja terveydenhuollossa esiintyvistä sanoista, joita on käytetty viitattaessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjiin.

Peltokorpi (2006) toteaa, että terveydenhuollon parissa on alettu enenevässä määrin käyttää perinteisen potilas-sanatilalla asiakas-sanaa. Potilas-sana on liittynyt perinteisesti tilanteisiin, joissa ollaan lääkärin hoidossa. Potilas-sanat korvaaminen asiakas-sanalla tai muulla termillä liittyy potilaan aseman muuttumiseen terveydenhuollossa passiivisesta osapuolesta kohti aktiivista toimijaa. Asiakas saa osallistua hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon ja hän on tasaveroisempi suhteessa lääkäriin. Juuri tätä aktiivisuutta ja itsemääräämisoikeutta korostetaan käyttämällä asiakas-sanaa. Asiakas-sana liittyy myös kaupallisuuteen. Mutta sitä käytetään, kun halutaan ilmaista henkilön itsemääräämisoikeutta ja aktiivista roolia ja välttää potilas-sanaan liittyviä negatiivisia mielikuvia.

Media ja erilaiset potilasjärjestöt käyttävät potilaista yhä enemmän asiakas-sanaa. Joissakin maissa julkaistaan sairaaloiden saamia pisteytyksiä ja arviointeja. Nämä arvioinnit painottavat myös potilaita asiakkaina. (Simonet 2008, 623.) Mehrabni, Nasiripourin ja Deldoshaein (2008, 562) mukaan organisaation laatujohtamisen tulisi keskittyä asiakkaisiin ja julkisten sairaaloiden tulisi kerätä tietoa asiakastyytyväisyydestä.

Kuitenkin potilas on lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon liittyvä termi. Potilas-sanaa on syytä käyttää silloin, kun työskennellään terveydenhuollon ja lääketieteen parissa. Lisäksi se on myös juridinen termi, sillä potilaalla on tietty asema ja sen mukanaan tuomia oikeuksia. Suomenkielinen potilas-sana juontaa juurensa 1700-luvulle ja on perua potea- tai potia-verbistä. Se tarkoittaa henkilöä, joka on sairaana ja on lääkärin hoidossa. Kyseinen henkilö siis käyttää lääkärin asiantuntemusta hyväkseen. (Peltokorpi, 2006.)

Asiakas-sanaa puolestaan käytetään liikkeessä tai virastossa asioivasta henkilöstä, joka teettää jotain jollakin ammatinharjoittajalla tai hän ostaa tältä jotakin. Asiakas on näin toisen osapuolen palveltavana. Taustalle liittyy kaupallisuus. Asiakas-sanaa voidaan käyttää terveydenhuollossa silloin, kun puhutaan kuka hoidon maksaa. Sairaalan tai lääkärikeskuksen asiakkaana voi olla kunta, yritys tai vakuutusyhtiökin. Duodecim lääketieteensanakirjasta ei löydy termiä asiakas, sen sijaan sieltä löytyy potilas. (Peltokorpi, 2006.)

Terveydenhuollon parissa vallitsi aiemmin konsensus potilas-sanan käyttämisestä. Nyt yhä useammat ihmiset puhuttelevat itse itseään terveydenhuollon parissa asiakkaiksi ja vaativat julkisella puolella asioidessaan palvelua vastineeksi maksamilleen verorahoille. Ratnapalan (2009, 472) erittelee artikkelissaan erilaisia tilanteita terveydenhuollossa, joissa asiakas- ja potilas-sanankäyttö olisi luontevaa. Hän kategorisoi neljä erilaista tilannetta, jolloin hakeudutaan terveydenhuollon pariin. Ensimmäisessä kategoriassa henkilö on vakavasti sairas tai loukkaantunut, toisessa kategoriassa henkilö ei ole vakavasti loukkaantunut tai sairastunut, kolmannessa kategoriassa henkilö on terve mutta kokee itsensä sairaaksi ja viimeisessä neljännessä kategoriassa henkilö on sairas, vaikka kokee itsensä terveeksi. Näiden jaotteluiden perusteella luontevinta on kutsua potilaaksi henkilöä, joka on vakavasti sairas tai loukkaantunut, esimerkiksi joutunut auto-onnettomuuteen. Myös kahden viimeisen kategorian henkilöitä tulisi nimittää potilaiksi, vaikka he mieltäisivät itsensä mielellään asiakkaiksi. Heidän kohdallaan voi olla kyse esimerkiksi huumaaavien lääkereseptien pyytämisestä, eivätkä he tahtoisi lääkäriltä mitään tutkimuksia. Asiakkaiksi voidaan nimittää henkilöitä, jotka eivät ole vakavasti loukkaantuneita tai sairaita. (Ratnapalan, 2009, 472.)

Mutta potilas- ja asiakas-sanankäyttäminen ei ole kuitenkaan näin mustavalkoista. Esimerkiksi henkilön iällä, mahdollisilla päätöksentekokyvyn rajoitteilla, aiemmalla sairaushistorialla sekä tutkimus- ja hoitotilanteella on myös vaikutusta siihen puhutaanko

asiakkaasta vai potilaasta. Tulevaisuudessa tilalle voi nousta jokin muu sana, joka korvaa potilas- ja asiakas-sanat. (Ratnapalan, 2009, 472.)

Saito (ym. 2013, 175-177) tutkivat sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä, mitä sanaa he käyttävät hoitotilanteessa hoidettavasta henkilöstä. Valmiita vastausvaihtoehtoja olivat potilas-, asiakas- ja käyttäjä-sanat. Lisäksi selvitettiin sitä, millainen on näiden sanojen kollektiivinen ymmärrys sairaanhoitajaopiskelijoiden keskuudessa. Tämä kaksiosainen tutkimus toteutettiin vuonna 2010 sairaanhoitajakoulussa São Paulossa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Koulun 215 opiskelijasta tutkimukseen osallistui 162 opiskelijaa. Osallistujat olivat neljän eri vuosikurssin opiskelijoita. Tutkimukseen osallistuneet saivat jokainen samanlaisen kirjekuoren, joka sisälsi kysymyksen ketä sinä hoidat. Vastaajille annettiin kolme vastausvaihtoehtoa, joista he valitsivat yhden. Vastausvaihtoehdot olivat mukana kirjekuoressa ja ne oli kirjoitettu kukin omille papereilleen. Vaihtoehtoina olivat potilas, asiakas ja käyttäjä (patient, client ja user). Vastaaja valitsi näistä yhden. Sen jälkeen häntä pyydettiin kuvailemaan vastauspaperinsa taakse juuri tätä valitsemaansa sanaa. Vastanneista 60 prosenttia ilmoitti käyttäjä-sanat yleisimmäksi sanaksi, jolla kutsui hoitamaansa henkilöä. Potilas-sana sai 28 prosenttia kannatusta ja asiakas-sanaa kannatti vain 12 prosenttia vastaajista. Kyselyyn osallistuneista enemmistö oli kahden ensimmäisen vuosikurssin hoitajaopiskelijoita. Vähäisin osallistujamäärä oli viimeisen vuosikurssin opiskelijoita. Vastauksissa ei ollut eroa vuosikurssien kesken. Kaikissa vastaajaryhmissä käyttäjä-sana oli yleisin ja asiakas-sana puolestaan vähintään käytettyin.

Toisen kysymyksen avulla selvitettiin vastaajien näkemyksiä potilas-, asiakas- ja käyttäjä-sanoista. Potilasta kuvailtiin passiiviseksi henkilöksi, joka odottaa hoitoaan. Potilas oli myös sairas henkilö, joka tarvitsi hoitoa. Hoitoa potilas saattoi tarvita joko välittömästi tai pitkään. Potilasta kuvailtiin myös henkilöksi, jonka oma ääni ja tahto eivät päässeet kuuluviin ja hän oli riippuvainen muista. Asiakas miellettiin moderniksi sanaksi, joka kuvasi terveydenhuollon palveluita käyttävää henkilöä. Asiakkaan korostettiin myös maksavan käyttämistään palveluista joko yksityisellä tai julkisella puolella. Hänen tuli myös osallistua hoitoonsa ja kertoa omia ajatuksiaan ja ideoitaan. Samalla asiakas koettiin kuitenkin myös kylmäksi ilmaisuksi ja sitä pidettiin kaupallisuuden tuotteena. Käyttäjä-sana puolestaan koettiin monipuolisemmaksi sisällöltään. Käyttäjän koettiin olevan samalla sekä potilas että asiakas. Käyttäjä voi kyseenalaistaa hoitonsa syitä ja metodeja.

Hänellä on valtaa valita ja oikeus kertoa mielipiteensä, joka pitää ottaa huomioon. (Saito ym. 2013,178-179.)

Tulosten perusteella tutkijat esittivätkin terveydenhuollon kehittämishaasteeksi potilas-sanan positiivisen mielikuvan vahvistamisen. Potilas tulisi nähdä kokonaisena eikä vain sairautensa määrittelemänä diagnoosina. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisen ja hoidettavana olevan henkilön välisen dialogin tulisi muuttua. Tämä vuorovaikutussuhde ei voi enää nykyaikana olla epätasa-arvoinen ja hoidettavaa osapuolta passivoiva. Hoidettavana olevan henkilön itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. (Saito ym. 2013,180- 182.)

Myös Neuberger (1999, 1756) toteaa, että potilas-sana herättää mielikuvan passiivisesta henkilöstä, joka makaa potilassängyssä hiljaa kärsien ja odottaen lääkäreitä avukseen. Potilaan ja lääkärin välinen suhde ei siis välity tasa-arvoisena. Lääkärillä tai muulla hoitohenkilökunnalla on omat ammattinimikkeensä ja tietonsa sekä taitonsa mutta potilas on vain vastaanottaja. Tällainen tilanne ei vastaa lainkaan niitä toiveita, jossa yhteiskunta haluaisi ihmisten olevan aktiivisempia omien asioidensa hoidossa ja ottavan vastuuta omasta terveydentilastaan.

Deber, Kraetschmer, Urowitz ja Sharpe (2005, 345- 347) selvittivät tutkimuksessaan millä sanalla ihmiset halusivat tulla kutsutuksi, kun he olivat hoidettavana. Tutkimus oli kaksiosainen. Aluksi tutkijat selvittivät englanninkielisille sanoille potilas, asiakas, kuluttaja ja partneri sekä selviytyjä (patient, client, customer, consumer, partner ja survivor) niiden alkuperän ja sanakirjamerkityksen sekä mahdolliset sivumerkitykset. Tämän jälkeen he kysyivät hoidossa olevilta henkilöiltä heidän mielipiteitään kyseisistä sanoista. Tutkimus suoritettiin Kanadan Ontariossa. Mukana oli kolmen opetussairaalan alueelta 202 henkilöä, joilla oli rintasyöpä ja 202 henkilöä, joilla oli prostatavaivoja sekä 202 henkilöä, joilla oli jokin murtuma. Lisäksi mukana olivat myös 431 HIV/AIDS-vaiheen henkilöä kymmenestä erikoishoitoa antavasta yksiköstä ja kolmesta perusterveydenhuollon yksiköstä. Kaikkien tutkimukseen osallistujien tuli olla tutkimushetkellä hoitosuhteessa sairautensa vuoksi. Muita edellytyksiä olivat vähintään 18 vuoden ikä sekä englanninkielen taito. Osallistuminen oli vapaa-ehtoista. Kyselylomakkeessa esitettiin muutama taustakysymys ja kerrottiin, että on olemassa useita erilaisia termejä, joilla voidaan viitata henkilöön, joka saa lääketieteellistä hoitoa.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan näkemyksensä jokaisen sanan osalta, miten hyvin se häntä itseään kuvasi. Vastaukset pyydettiin antamaan Likert-asteikkoa hyväksikäyttäen.

Tutkijat selvittivät ensin sanojen alkuperän ja sanakirjamerkityksen. Potilas-sanankuuperä tuli latinankielisestä kärsiä-sanasta. Potilas kuvattiin sanakirjassa henkilöksi, joka odottaa tai saa lääketieteellistä hoitoa ja tutkimuksia. Lisäksi sanaan liitettiin merkitys siitä, että kykenee sietämään viivästyksiä, ongelmia tai kärsimään tulematta vihaiseksi tai pettyneeksi. Asiakas- ja kuluttajasanat sisälsivät viittauksen kaupallisuuteen. Asiakkaalla on tarpeita ja myyjän tulee täyttää ne. Jos asiakas nähdään ostajana, niin silloin tuottajan rooli oli myydä. Asiakas-sanankuuperä oli latinankielessä ja tarkoitti henkilöä, joka saa henkilökohtaista neuvoa tai palvelua toiselta henkilöltä. Kuluttaja-sana pohjautui myös latinankieleen ja tarkoitti henkilöä, joka kuluttaa asioita tai esineitä. Sen lisämerkitys oli tuhlaava ja haaskaava. Partneri-sanankuuperä oli englanninkielinen ja tarkoitti henkilöä joka jakaa jotakin. Sitä kuvattiin myös jäsenkumppaniksi. Selviytyjä-sana pohjautui latinankieleen ja tarkoitti elävää ja myös elossa säilymistä. (Deber, Kraetschmer, Urowitz ja Sharpe 2005, 346- 347.)

Rintasyöpä-, prostata- sekä murtumaryhmissä tutkimukseen osallistuneiden vastausprosentti oli yhteensä 99 prosenttia ja HIV/AIDS-ryhmän osalta vastausprosentti oli 53,3 prosenttia. Rintasyöpäryhmän osallistujat olivat kaikki naisia. Prostataryhmässä kaikki olivat puolestaan miehiä. Murtumaryhmän kohdalla naisia oli vain hieman miehiä enemmän ja HIV/AIDS-ryhmässä suurin osa oli miehiä. Murtumaryhmän keski-ikä oli 46 vuotta, HIV/AIDS-ryhmäläisten keski-ikä oli alhaisin 42,6 vuotta. Korkein keski-ikä oli prostataryhmässä 66.1 vuotta. Rintasyöpäryhmäläisten keski-ikä oli puolestaan 55,7 vuotta. Kaikki vastaajat kokivat potilas-sanankuuperä mieluisimmaksi sanaksi, jolla häneen viitattaisiin. Erityisesti kuluttaja- ja asiakas-sanat vastaajat kokivat huonoimmin sopivimmiksi viittaamaan itseensä. Selviytyjä- ja partnerisanat saivat vain pienen kannatuksen HIV/AIDS-ryhmässä. (Deber, Kraetschmer, Urowitz ja Sharpe 2005, 349- 350.)

Saadut tulokset kertoivat sen, että vastaajat halusivat heihin viitattavan mieluiten potilas-sanalla. Koska kaikki mukana olleet vastaajat olivat hoitosuhteessa, ei saatua tutkimustulosta voida yleistää kaikkiin henkilöihin. Tutkimus ei kerro siitä kuinka terveet henkilöt, jotka eivät ole sairaalahoidossa kokevat nämä sanat tai millä sanalla he toivovat itseensä viitattavan. Tutkimus herättää kuitenkin keskustelun käytettävien sanojen

huomioimisesta. Potilaan ja lääkärin välistä suhdetta on koetettu parantaa tasa-arvoisemmaksi. Aiemmin lääkrillä oli päätöksentekijän rooli ja hän ohjasi hoitoa. Nyt puhutaan aktiivisista potilaista ja korostetaan heidän osallistumistaan päätöksentekoon ja itsemääräämisoikeuttaan. Samalla on syntynyt joukko uusia sanoja, joita käytetään potilas-sanalla. Näitä ovat asiakas, kuluttaja, tilaaja ja käyttäjä. Huomiota ovat saaneet myös sanat kansalainen ja asianomistaja ja toimija sekä toimeksiantaja. (Deber, Kraetschmer, Urowitz ja Sharpe 2005, 345- 350)

Edellä esitetystä huomataan, kuinka terveydenhuollon parissa käytetään erilaisia sanoja viittaamaan henkilöön, joka on terveydenhuollon tutkimusten ja hoidon kohteena. Potilas-sana on ollut perinteinen sana, jolla lääkärin tai sairaanhoitajan auttamaan henkilöön on viitattu. Se on kuitenkin saanut paljon arvostelua osakseen, koska se koetaan epätasa-arvoiseksi sanaksi. Potilalla ei kuvata olevan sananvaltaa eikä mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Hänet kuvataan passiiviseksi ja alempiarvoiseksi kuin lääkäri ja hoitaja. Niinpä potilas-sanalla rinnalle on tullut joukko muitakin sanoja, joilla henkilöä voidaan kutsua ja jotka koetaan tasa-arvoisempina kuin potilas-sana. Näitä sanoja ovat asiakas, kuluttaja, tilaaja, partneri, selviytyjä, kansalainen, asianomistaja ja toimija sekä toimeksiantaja. Niihinkin liittyy kuitenkin omat sivumerkityksensä. Sanotaan, että asiakas on aina oikeassa. Voiko terveydenhuollon parissa olla näin? Tuleeko tilaajalle, asiakkaalle ja kuluttajalle antaa aina kaikki se mitä he haluavat, vaikka he eivät sitä tarvitsisi? Miten terveydenhuollon resurssit riittäisivät tyydyttämään kaikkien vaatimukset, kun kyseessä on kuitenkin erikoisala, jossa toiminta perustuu arvioituun tarpeeseen eikä mielihaluihin. Tähän tarvitaan terveydenhuollon parissa avointa keskustelua. Kuinka yksittäinen sana voisi automaattisesti muuttaa hoitosuhteen osapuolet tasa-arvoiseksi ja aktivoisi samalla henkilön omasta terveydentilastaan kiinnostuneeksi. Voisiko tällaista sanaa löytyä, joka olisi vielä käännettävissä eri kielille ilman, että sen merkitys muuttuisi? Lisäksi edellä kuvattu tutkimus osoitti, että sairast henkilöt halusivat tulla kaikista mieluiten kutsutuksi potilaaksi, tätä tutkimustulosta ei sovi unohtaa. Mutta toki jonkinlainen konsensus olisi saavutettava, ettei tutkimus- ja hoitotilanteissa jouduta erikseen käyttämään aikaa siihen, että mietitään ketä tällä kertaa ollaan kohtaamassa, asiakasta, potilasta vai toimeksiantajaa. Seuraavaksi selvitetään kuinka sosiaalihuollon palveluiden käyttäjiin viitataan.

2.4.2 Sosiaalihuollon palveluiden käyttäjien kutsuminen

McLaughlin (2008, 1101-1103) kirjoittaa artikkelissaan, kuinka Iso-Britannian sosiaalihuollossa käytetään useita eri sanoja sosiaalihuollon palveluiden käyttäjistä. Sosiaalihuollon palveluiden käyttäjää voidaan puhutella potilaaksi, asiakkaaksi, kuluttajaksi ja palveluiden käyttäjäksi tai kokemusasiantuntijaksi (client, customer, consumer, service user ja expert by experience). Kaikista näistä muodostuu tietynlainen henkilön identifiointi ja suhde palveluntarjoajaan. Se vaikuttaa myös heidän välilleen syntyvään valtasuhteeseen. Yleisimmin käytössä on ollut palveluiden käyttäjä-sana. 1970-luvulla käytettiin asiakas-sanaa. Mutta se koettiin ongelmalliseksi niin sosiaalityön parissa kuin myös sen ulkopuolellakin. Asiakas miellettiin passiiviseksi osapuoleksi, jonka parasta sosiaalityöntekijä yritti selvittää. Puhuttiin myös hyvistä asiakkaista ja huonoista asiakkaista. Hyviä asiakkaita olivat ne, jotka hyväksyivät heihin kohdistuvat toimet ja tahtoivat noudattaa niitä. Samalla syntyi myös mielikuva siitä, oliko asiakas vähävarainen johtuen aiemmista omista teoistaan, esimerkiksi joutunut työttömäksi päihteidenkäytön seurauksena vai oliko hän joutunut tilanteeseen tahtomattaan. Tällaisia vähävaraisia avustettavia olivat esimerkiksi lapset, joiden vanhemmilla oli taloudellisia vaikeuksia. Asiakas-sana loi siis mielikuvan henkilöstä, joka tarvitsee apua, koska hänellä itsellään ei ole mahdollisuutta tai kykyä auttaa itseään. Näin hän tarvitsee sosiaalityöntekijän erityistä tietoa ja taitoa avukseen. Toimijoiden välinen suhde muodostui siis varsin hierarkkiseksi.

Margaret Thatcherin aikana tehtiin uudistuksia ja johtamisen teemana olivat kolme e-kirjainta ”economy, efficiency ja economy”. Tällöin myös haluttiin asiantuntijatiedon ja passiivisten kansalaisten tilalle vapautta ja valintaa. Seurauksena oli rakenteellisia muutoksia erityisesti Englannin sosiaalipalveluissa toisin kuin muualla Isossa-Britanniassa. Lasten ja aikuisten palvelut erotettiin toisistaan. Tästä seurasi palveluiden pirstaloituminen. Sosiaalipalveluissa aikuisista palveluiden käyttäjistä tuli kuluttajia ja asiakkaita. Sosiaalityöntekijät muuttuivat palveluiden johtajiksi. Erotuksena aiempaan asiakas-sanan käyttöön oli se, että nyt asiakkaalla tarkoitettiin henkilöä, joka vastaanotti asiantuntevaa palvelua. Kuluttaja- ja asiakas-sanan myötä korostettiin oikeutta sosiaalipalveluiden valintaan ja vaihtamiseen julkiselta puolelta yksityisen tai kolmannen sektorin tarjoamiin palveluihin, mikäli asiakas tai kuluttaja ei ollut saamaansa palveluun tyytyväinen. Mutta samalla siinä oletettiin yksilön olevan täysin kykeneväinen

rationaliseen päätöksentekoon, eikä tässä näkökulmassa otettu huomioon esimerkiksi päihteidenkäytön tuomia ongelmia päätöksentekokykyyn. (McLaughlin 2008, 1103-1105.)

1990-luvulla Isossa-Britanniassa haluttiin modernisoida sosiaalipalveluita ja lisätä palveluiden kuluttajien osallisuutta. Silloin muotiin tuli palveluiden käyttäjä-sana. Käyttäjien ääni haluttiin kuuluviin palveluiden kehittämisessä, jotta ne palvelisivat parhaiten käyttäjiensä tarpeita. Mutta puhumalla palveluiden käyttäjistä luotiin kuva homogeenisesta joukosta, eikä sen kautta hahmotettu kuinka yksilöllisiä sosiaalipalveluiden tarpeet voivat olla. Palveluiden käyttäjä-sanaa kritisoitiin myös sen vuoksi, että kaikissa sosiaalipalveluiden tilanteissa ei voida ajatella vain palvelun käyttäjän näkökulmaa tai valintaa. Esimerkiksi jos palvelun käyttäjänä on vanhempi, jonka lapsi joudutaan huostaanottamaan vanhemman väkivaltaisuuden vuoksi. Tällöin päätöksen tulee perustua sosiaalityöntekijän koulutukseen ja lailliseen asemaan, vaikkei vanhempi olisi päätökseen tyytyväinen. (McLaughlin 2008, 1106-1109.)

Keskustelua on käyty myös pelkän käyttäjä-sanon ongelmallisuudesta. Sen koetaan assosioituvan maailmanlaajuisesti henkilöihin, jotka käyttävät huumeita. Viime aikoina Isossa-Britanniassa onkin puhuttu kokemusasiantuntijoista. Sen avulla katsotaan muodostuvan tasapuolinen suhde sosiaalipalvelun molempien osapuolten välille. Siinä yksilö on oman tilanteensa asiantuntija kokemuksensa perusteella. Ja sosiaalityöntekijällä on ammatillinen tieto ja kokemus auttamiseen. Mutta kokemusasiantuntijatkaan eivät voi olla aina oikeassa. On myös haasteellista verrata kokemusasiantuntijoita keskenään. Samaa sosiaalipalvelua tarvitsevilla voi olla erilainen kokemus omasta tilanteestaan. Tilalle on ehdotettu myös sanoja kansalainen, ihminen, aktiivinen kuluttaja sekä vastuullinen kuluttaja ja vastuullinen asiakas. Tilalle voi myös nousta jokin uusi sana. Huomioitavaa on se, että valittiinpa mikä tahansa sana, niin se luo tietynlaisen asetelman sosiaalipalvelun osapuolten välille. Niinpä siitä on oltava tietoisia. McLaughlin nostaakin esille mahdollisuuden kuulla sosiaalipalveluiden tarvitsijoiden omia mielipiteitä siitä, kuinka he toivoisivat itseään kutsuttavan. (McLaughlin 2008, 1111-1115.)

Cowden ja Singh (2007, 5-7) kuvaavat kuinka julkisissa palveluissa ja erityisesti sosiaali- ja terveystaloudissa puhutaan ”käyttäjien tietävän parhaiten”. He kritisoivat Isossa-Britanniassa tehtyjä julkisen sektorin muutoksia, joiden seurauksena paitsi hyvinvointivaltion tarjoamat palvelut ovat muuttuneet, niin samalla on myös muutettu

tapaa puhua potilaista ja asiakkaista. Palveluiden uudistamisen ja modernisoimisen keskiössä on ollut käyttäjien osallistuminen. Niinpä nyt puhutaankin potilas-johtoisesta kansallisesta terveydenhuollosta. Sosiaalipalveluiden puolella palveluiden käyttäjät tarvitsevat enemmän valtaa ja valinnanmahdollisuuksia. Käyttäjistä on tullut kuninkaita. Toinen osapuoli on vain palvelun tarjoaja tai tuottaja ja ammatillisuus on onnistuttu häivyttämään pois.

Leung (2006, 531-532) käyttää sanoja hyvinvointivaltion palveluiden käyttäjä ja asiakas, kun hän kuvaa sosiaalipalveluiden tuottajien haasteita ja vastuuta Hong Kongissa. 1990-luvun lopulla Hong Kongissa toteutettiin uudistuksia hyvinvointisektorilla. Silloin luotiin New public management ajattelun seurauksena tuloksellisuuden mittareita ja kilpailuverkostoja. Samalla hyvinvointipalveluiden käyttäjiä alettiin puhutella asiakas-kansalaisiksi.

Henkilöön voidaan viitata eri termein, kun kyseessä on sairaanhoito ja sosiaalityö, vaikka molemmat tapahtuisivat samassa paikassa. Sosiaalityötä tehdään myös sairaaloissa. Iso-Britanniassa sosiaalityöntekijöitä on palkattu erikseen työskentelemään juuri sairaalan päivystykseen. Nyt jopa 30 prosentissa päivystyspoliklinikoista on oma sosiaalityöntekijä ja hän on yksi hoitotiimin jäsen, joka kohtaa hoidossa olevia vanhuksia. Vanhuksilla voi erityisesti olla tarvetta sosiaalityöntekijän tarjoamaan apuun. He eivät välttämättä tarvitse sairaalan hoitoa, mutta eivät pärjaisi kotona ilman tukea. Heihin viitataan sairaalahoidosta puhuttaessa potilaina, mutta muutoin käytetään sosiaalipalveluiden kyseessä ollessa palveluiden käyttäjä-sanaa. (McLeod, Bywaters ja Cooke 2003, 787-788)

Yllä olevan perusteella voidaan todeta, että sosiaalipalveluiden piiriin kuuluu paljon erilaisia toimia ja niinpä myös niitä tarvitsevien henkilöiden kirjo on erilainen. Sosiaalipalveluita järjestetään niin iäkkäille, lapsille ja nuorille sekä perheille. Palveluita tarvitsevilla henkilöllä voi olla fyysinen tai psyykkinen sairaus. Henkilö voi olla koditon tai hän voi olla sairaalahoidossa. Terveydenhuollon puolella ihmisiä halutaan aktivoida ottamaan vastuuta omasta terveydentilastaan, mutta se ei onnistu kaikkien kohdalla. Sosiaalipalveluiden tarvitsijoiden oma aktiivisuus palveluiden käyttämiseen voi myös vaihdella hyvin paljon. Päihdeongelmainen ei välttämättä kykene sitoutumaan päihteettömyyteen vaikka kyseessä olisi hänen lastensa huostaanotto. Silti hän on oikeutettu saamaan sosiaalipalveluita tarpeidensa mukaisesti. Yhden kaikkia henkilöitä

kattavan sanan käyttäminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjistä voi siis olla varsin haastavaa.

Seuraavaksi esitellään suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon tämän hetkistä järjestämisvastuuta ja rahoitusta tarkemmin. Nykytilanne esitetään lyhyesti ja esitellään Juha Sipilän hallituksen kaavaileman maakunta- ja sote-uudistuksen tullessaan tuoma muutos sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuuseen ja rahoitukseen.

3 SUOMALAINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO

3.1 Sosiaali ja terveydenhuollon järjestäminen

Suomalaisena ja Pohjoismaisena erikoisuutena voidaan pitää kunnallista itsehallintoa. Kuntien roolina on ollut vastata hyvinvointivaltioon kuuluvien tehtävien toteutuksesta. Niiden vastuulla on ollut peruskoulutuksen ja perusterveydenhuollon sekä sosiaaliturvan toteuttaminen. Suomessa tehtiin moneen muuhun maahan verrattuna varsin maltillinen hallintouudistus 1990-luvulla. Uudistuksissa toteutettiin NPM:n mukaisia ideoita ja modernisoitiin hallinnon rakenteita, järjestelmiä ja hallintokulttuuria sekä henkilöstöpolitiikkaa. Keskeisiä uudistuksia olivat liikelaitos-yhtiöittämisuudistus, tulosohjaus-tulosjohtamisuudistus sekä valtionosuusuudistus. Niiden avulla tavoiteltiin hallinnon tehokkuutta ja taloudellisuutta. Näiden uudistusten myötä esimerkiksi valtion suuret markkinoilla toimivat palveluvirastot kuten Valtionrautatiet ja posti- ja telelaitos siirtyivät aiempaa laajemman taloudellisen ja toiminnallisen autonomian sallivaan liikelaitosmalliin. (Temmes 2008.)

Maakuntauudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy toteutuessaan 1.1.2021 alkaen uusille maakunnille. Jatkossa kunnilla ei olisi enää merkittävää vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta vaan tämä rahoitusvastuu siirtyy valtiolle. Valtio ohjaa rahoittajana maakuntien taloutta. Maakunnille luodaan talouden ohjausmalli, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia voidaan vähentää tavoitteiden mukaisesti. Sen avulla maakunnat myös selviävät tehtäviensä hoidosta. Maakuntien väliset erot ja rahoitustarpeet otetaan huomioon valtion rahoituksessa. Näin huolehditaan jokaisen maakunnan riittävästä edellytyksistä järjestää palveluita asukkailleen. (Valtioneuvosto 2018f.)

Tällä hetkellä Suomessa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta kuuluu noin 300 kunnalle. Muihin EU-maihin verrattuna suomalaisten sosiaali- ja terveystalouden toimijoilla on erittäin pieni väestöpohja. Vuonna 2017 Suomessa oli julkisen perusterveydenhuollon järjestäjiä 142. Niistä kuntia oli 83, kuntayhtymiä 31 ja vastuukuntamallilla toimivia yhteistoiminta-alueita oli 28. Samana vuonna alle 20 000 asukkaan väestöpohjalla olevia perusterveydenhuollon järjestäjiä oli 71. (THL 2018b.)

Juha Sipilän hallituksen ajama sote- ja maakuntauudistus olisi toteutuessaan suurimpia Suomessa tehtyjä hallinnon ja toimintatapojen muutoksia. Se koskettaisi kaikkien kansalaisten palveluita. Rakenteellisilla uusituksilla halutaan vahvistaa julkisen talouden kestävyyttä. Keskeisin rakenneuudistus on itsehallintoalueuudistus, johon kuuluvat sekä aluehallintouudistus että sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Uudistuksilla halutaan siirtyä kaksipuolaisesta julkisesta hallinnosta kolmiportaiseen malliin. Nykyinen valtio-kunta -rakenne halutaan muuttaa valtio-maakunta-kunta -rakenteeksi. Kuntien tehtäväksi jäisi huolehtia asukkaiden, yhteisöjen ja yritysten elämisen mahdollisuuksista huolehtiminen. Uusille itsehallintoalueille eli maakunnille siirtyisi muun muassa vastuu kuntien sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. (Korpisaari 2016.)

Alla oleva kuvio 2 havainnollistaa uuden sote- ja maakuntarakenteen toimijoita. Valtio olisi jatkossa se taho, joka ohjaisi maakuntia sopimuksellisesti ja tekisi valtakunnallisia sote-linjauksia. 18 maakuntaa puolestaan päättäisi palvelutasosta ja yhteistyösopimuksista sekä huolehtisi palveluiden rahoittamis- ja järjestämisvastuusta. Lisäksi olisi 5 sote-yhteistyö-aluetta, joille olisi keskitetty vaativimpien tehtävien hoitaminen. Kunnat hoitaisivat jatkossa vain terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Palveluiden tuottajina voisivat olla julkinen, yksityinen tai kolmas sektori. (Valtioneuvosto 2019.)

Toimijat uudessa maakunta- ja sote-rakenteessa



Kuvio 2. Toimijat uudessa sote- ja maakuntarakenteessa. (Valtioneuvosto 2018.)

Tämän hetkisiin terveysterveyspalveluihin kuuluvat sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja muita palveluita. Nämä perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa. (STM 2018a.) Kunnat myös huolehtivat, että sen asukkaat saavat tarvittavan erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoito tarkoittaa erikoislääkäreiden tekemää tutkimusta ja hoitoa, kuten neurologisia tutkimuksia tai kirurgista leikkausta. Erikoissairaanhoitoa varten Suomi on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin. Jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Vaativimmista hoidoista vastaavat sairaanhoitopiirien keskussairaalat ja maamme viisi yliopistosairaala. Lisäksi eräät vaativat erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden pohjalta. Jokainen sairaanhoitopiiri kuuluu jonkin yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen. Tiedetyt hoidot on myös keskitetty yliopistosairaaloihin valtakunnallisesti. Esimerkiksi Helsingin yliopistollinen sairaala vastaa valtakunnallisesti elinsiirroista sekä lasten avosydänkirurgiasta. (STM 2018b.)

Kuntien vastuulla on myös sosiaalihuolto, joka tarkoittaa sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön yksilön, perheen ja yhteisön toimintakykyä, sosiaalista turvallisuutta, hyvinvointia ja osallisuutta edistäviä ja ylläpitäviä toimia, sosiaalipalveluita sekä niihin kuuluvia tukipalveluita. Kunnat järjestävät alueensa sosiaalipalvelut. Lisäksi erilaisten yritysten ja järjestöjen sosiaalipalvelut täydentävät kunnallisia palveluita. Kunta tai kuntayhtymä voi myös ostaa tarvittavia tai täydentäviä palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Jokaisella on oikeus saada kiireellisessä tilanteessa omaan yksilölliseen tarpeeseen pohjaavat sosiaalipalvelut oleskelukunnaltaan siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon tai toimeentuloon vaarannu. Muissa kuin kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalveluiden järjestämisestä vastaa aina henkilön oma kotikunta. (STM 2018c.)

Sosiaalipalvelut muodostavat keskeisen hyvinvointipalvelujen kokonaisuuden. Lähes jokainen kansalainen tarvitsee jossain elämänsä vaiheessa sosiaalipalveluja. Sosiaalipalveluihin kuuluvat sosiaalityö, sosiaalinen kuntoutus, sosiaaliohjaus, perhetyö, kotihoito, kotipalvelu, kasvatusta- ja perheneuvonta, päihdetyö, mielenterveystyö, erilaiset asumis- ja laitospalvelut, lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta sekä sosiaalihuoltolain mukaisiin tarpeisiin vastaavat asiakkaan hyvinvoinnille välttämättömät sosiaalipalvelut. (Kuntaliitto 2017a.)

3.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä rahoitetaan verovaroin. Vuonna 2016 julkisen rahoituksen osuus oli Ruotsissa 83,5 prosenttia, Norjassa 85,1 prosenttia ja Tanskassa 84,1 prosenttia. (Kuntaliitto 2018a.) Vuonna 2016 Suomalaisen terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuus oli 74,6 prosenttia ja yksityisen rahoituksen osuus oli 25,4 prosenttia. Julkisen rahoituksen osuus pieneni 0,5 prosenttiyksikköä vuodesta 2015. Vuonna 2016 Suomen terveydenhuoltomenot olivat yhteensä 20,5 miljardia euroa. Tästä summasta erikoissairaanhoidon menot olivat 7,2 miljardia euroa ja perusterveydenhuollon menot 3,4 miljardia euroa. (THL 2018c.)

Suomessa vuonna 2016 terveydenhuollon erilaisia palveluita käytti yhteensä noin 3,8 miljoonaa asiakasta. Samana vuonna erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä 1,8 miljoonaa potilasta. Tästä erikoissairaanhoidon tilastosta oli jätetty pois psykiatrian erikoisalan palvelut. Vuonna 2016 sosiaalihuollon palvelujen yleisin asiakas oli toimeentulon asiakas. Toimeentulotukea myönnettiin 260 927 kotitaloudelle ja 398 406 henkilölle eli 7,2 prosentille väestöstä. (Hallituksen lakiesitys 16/2018.)

Kuntaliitto (2017b) julkaisi sivuillaan Tilastokeskuksen kuntataloustilaston vuodelta 2016. Sen mukaan vuonna 2016 Manner-Suomen 297 kunnan sosiaali- ja terveystoiminnan nettokustannukset olivat 3 264 euroa per asukas. Terveydenhuollon osuus näistä kustannuksista oli 56 prosenttia. Perusterveydenhuollon osuus oli 19 prosenttia eli 607 euroa per asukas. Erikoissairaanhoidon osuus sosiaali- ja terveystoiminnasta oli 37 prosenttia eli 1 204 euroa per asukas. Sosiaalitoimen euromääräiset nettokustannukset olivat puolestaan 1 440 euroa per asukas.

Kuntaliitto (2018b) julkaisi vuonna 2014 käynnistyneen ARTTU2-tutkimusohjelman tutkimusraportin, jossa todettiin nykyisten kuntien ja tulevien maakuntien olevan erilaisia ja eriytyvän yhä lisää. Sen vuoksi yhden rakenteellisen ratkaisun kehittäminen on liki mahdotonta. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset riippuvat sekä kuntalaisten palvelutarpeesta että myös kunnan tavasta järjestää palvelut. Tulevaisuudessa merkittävä osa kuntien ja maakuntien tuloista muuttuu asukasluvun perusteella, mutta kustannukset puolestaan muuttuvat eri tavalla. Väestön määrän ja rakenteen muutos tuo tulevaisuudessa isoja haasteita kuntien ja maakuntien talouteen. Näin ollen raportissa esitetäänkin, että jatkossa tärkeä kysymys on, mikä taho hallitsee

parhaiten kapasiteetin ylläpitämisen: maakunnat, kunnat, yritykset vai järjestöt. Lisäksi maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelussa oletetaan rakenteiden muuttamisen riittävän, mutta aiemmissa uudistuksissa on esille noussut kuitenkin toteutuksen rooli. Tällöin vaa'assa painavat sekä se kuinka hyvin uudistuksen hyödyt saadaan esille, että miten onnistutaan haittojen eliminoinnissa.

Perustuslakivaliokunta on todennut valinnanvapauden lakiesitystä koskevassa lausunnossaan 1.6.2018, että ehdotettuun valinnanvapauslain voimaantulo- ja siirtymäaikatauluun sisältyy vaikeasti hallittavia riskejä. Maakuntien taloudellinen kestävyys voi vaarantua, mikäli uudistus toteutetaan liian nopealla aikataululla. Tällöin maakuntien mahdollisuudet tarjota asukkailleen riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut heikentyisivät. Riskit johtuvat uudistushankkeen mittavuudesta. Kyse on kokonaan uuden hallinnollisen järjestelmän perustamisesta ja sen toiminnan käynnistämisestä. Tämän lisäksi koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuottamismalli muuttuu merkittäväällä tavalla. Näin mittavan uudistuksen hallittu toteuttaminen edellyttää riittävää siirtymäaikaa. (Perustuslakivaliokunnan lausunto 15/2018.)

Valinnanvapautta kehitettäessä tulee harkita, mihin sillä halutaan vaikuttaa. Tavoitellaanko sillä tuottajakunnan monipuolistamista vai järjestelmän toimivuutta asiakkaan tarpeiden mukaan. Valinnanvapauteen liittyvät palvelukokonaisuudet on selkeästi määriteltävä ja niiden toteuttamista on valvottava. (Junnila ym. 2016, 4.) Julkusen (2017, 88-89) mukaan hyvinvointivaltion uudistamisessa tulee ilmi vallan ja tiedon taitava käyttäminen. Vallankäyttäjät pyrkivät vakuuttamaan muut siitä, millaista politiikkaa on noudatettava. Halutun poliittisen uudistuksen idea ja lakiteksti voidaan hyvin saada kuulostamaan hienolta, mutta kuitenkin lopullisen onnistumisen ratkaisee se, millaisen uskomuksen varassa uudistuksen konkreettiset toteuttajat, kuten esimerkiksi sosiaalialan ammattilaiset toteuttavat uusia lakeja.

Maailmanlaajuisesti terveydenhuollon uudistamisessa mennään kohti aiempaa suurempia palveluiden järjestäjä- ja rahoittajatoimijoita. Tutkimustiedon mukaan järjestäjä- ja rahoittajatahon väestöpohjalla on merkitystä, sillä suuren väestöpohjan avulla on helpompi turvata terveystalouden yhdenvertainen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus sekä saavuttaa kestävä rahoitus. (THL 2017.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää ollaan uudistamassa. Uudistuksen kohteina ovat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja rakenteet sekä palvelut. Nykyisessä järjestelmässä kunnat vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta. Tätä järjestelyä pidetään toimimattomana ja tilalle esitetään maakuntien järjestämisvastuuta. Maakunnat vastaisivat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä mutta palveluiden tuottajina voisivat olla myös yksityinen ja kolmassektori. Tällaisesta tilaaja-tuottajamallista on jo saatu kokemuksia niin kotimaassa kuin ulkomaillakin. Kaavailtujen maakuntien lukumäärästä on julkisuudessa käyty vilkasta keskustelua ja 18 maakuntaa pidetään liian suurena lukumääränä. Eräänä pelkona on, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu jäisi yhä edelleen uudistuksesta huolimatta liian kapeille hartioille. Tilaaja-tuottaja-mallin katsotaan kuuluvan NPM:n mukaiseen ajattelumalliin ja aiemmat kokemukset sen toimivuudesta ovat olleet kokonaisuudessaan varsin negatiivisia.

4 TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa tutkimustehtävänä on selvittää diskurssianalyysin avulla

1. Miten valinnanvapauden diskurssi on muuttunut vuosien 2010 ja 2018 välisenä aikana?

1.1 Miten valinnanvapaus on määritelty?

1.2 Miten valinnanvapauden määritelmä perustellaan?

1.3 Kenellä on valinnanvapaus?

1.4 Miten valinnanvapauden haltija on perusteltu?

Valinnanvapauden diskurssin muutosta selvitetään keskittymällä valinnanvapauden määritelmän ja valinnanvapauden haltijan sisältöihin sekä näiden molempien taustalla oleviin perusteluihin. Valinnanvapauden diskurssin kannalta olennaisinta on juuri valinnanvapauden sisältö eli mitä siihen katsotaan kuuluvaksi sekä kenelle tämä valinnanvapaus on annettu käytettäväksi. Aineistona käytetään kolmea lakitekstiä, jotka ovat hallituksen jättämä valinnanvapauden lakiesitys 16/2018 ja voimassa oleva terveydenhuoltolaki sekä sen taustalla ollut hallituksen lakiesitys 90/2010.

4.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja kohdejoukko täytyy valita tällöin tarkoituksenmukaisesti. Tutkija luottaa omiin havaintoihinsa tiedonkeruussa ja aineistoa tarkastellaan monitahoisesti sekä yksityiskohtaisesti. Pyrkimyksenä on tosiasioiden löytäminen ja paljastaminen, kuin olemassa olevien totuusväittämien todentaminen. (Hirsjärvi ym. 2010, 161-164.)

Eskolan ja Suorannan (1999, 118-120) mukaan valmiiden aineistojen käyttö soveltuu laadullisen tutkimuksen tekemiseen. Aineistojen koot voivat kuitenkin vaihdella huomattavasti ja niiden tavoittaminen voi olla haasteellista. Tutkimuksen aineisto rajautui

selkeästi, koska se muodostui terveydenhuoltolaista ja hallituksen esityksistä HE 16/2018 sekä HE 90/2010. Nämä tekstit ovat juuri niitä, joiden kautta valinnanvapautta on käytännössä toteutettu ja tultaisiin jatkossakin toteuttamaan käytännössä.

Tämä tutkimus voitiin toteuttaa valmiiden sähköisten aineistojen pohjalta, eikä tutkijan tarvinnut itse kerätä aineistoa. Voimassa oleva terveydenhuoltolaki ja hallituksen esittämä valinnanvapauslaki olivat molemmat vapaasti saatavilla sähköisessä muodossa verkossa. Terveydenhuoltolaki löytyi Suomen sähköisestä säädöskokoelmasta Finlexistä ajantasaisen lainsäädännön kohdalta. Hallituksen esitys valinnanvapauslaista HE 16/2018 ja HE 90/2010 hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi löytyivät myös samasta Finlexin säädöskokoelmasta hallituksen esitysten kohdalta. Molemmissa hallituksen lakiesityksissä oli alussa kuvaus sen hetkisestä sosiaali- ja terveydenhuollon nykytilanteesta. Sen jälkeen seurasi lakiesityksen perusteluita ja varsinainen lakitekstin osuus. Lopuksi esitettiin vielä arvioita lain vaikutuksista yhteiskuntaan. Terveydenhuoltolaki oli näistä aineistoista suppein, sillä siinä oli vain varsinainen lakiteksti. Koska tekstit olivat pituudeltaan satoja sivuja, niin niitä ei lähdetty tulostamaan kokonaisuudessaan. Kaikki tekstit silmäiltiin läpi ja niistä tulostettiin vain ne osiot, jotka käsittelivät tutkimuskysymyksiin liittyviä asioita.

Tämän aineiston käyttöön ei tarvittu erityistä lupaa, koska se on vapaasti kaikkien luettavissa ja saatavissa. Sitä ei tarvinnut muokata, vaan sitä voitiin käyttää sellaisenaan. Tutkimuksen tekijällä ei ollut henkilökohtaisia sidonnaisuuksia aineistoon. Kaikki kolme lakitekstiä löytyvät tutkimuksen lopusta liitteenä.

Hirsjärven (ym. 2010, 189) mukaan valmiita aineistoja voidaan hyödyntää silloin, kun kuvaillaan tai selitetään niiden sisältöä tai vertaillaan eri aineistoja. Tällöin on muistettava suhtautua käytössä olevaan aineistoon kriittisesti ja harkittava sen luotettavuutta.

5 MENETELMÄT

5.1 Analyysimenetelmä

Diskurssianalyysissa tutkitaan kielenkäyttöä, sitä kuinka kielelliset sopimukset vaikuttavat ajatteluun ja toimintaan. Se kohdistuu puhekäytäntöihin sekä puhetapoihin eli diskursseihin. Diskurssianalyysissa on useampia tutkimusperinteitä. Brittiläisen tutkimusperinteen mukaan tutkimuksen tarkastelun kohteena on se, miten kielenkäyttö muokkaa ja vaikuttaa käytäntöihin konkreettisissa tilanteissa. Tällöin tekstiä ei analysoida vain sen vuoksi, että löydetäisiin sen takana vaikuttavia asenteita, vaan keskitytään etsimään tekstistä samansukuisia kielikuvia ja puhetapoja. Ilmiöt voivat saada uusia sosiaalisia konstruktioita eli uusia merkityksiä. Toinen tutkimusperinne juontuu ranskalaisesta filosofiasta ja Michel Foucault'n arkeologisesta tutkimusotteesta. Sen mukaan diskurssianalyysissa tutkitaan tiedon muodostumisen rakentumista sekä rakennetta. (Hirsjärvi ym. 2010, 225.)

Diskurssianalyysissa on käytettävissä useampia menetelmiä. Tutkimuksen tekijä harkitsee, mikä menetelmä on sopiva tapa oman aineistonsa analysoimiseen ja tutkimustehtävien ratkaisemiseen. Koska diskurssintutkimuksessa ei tavoitella yhtä oikeaa tutkimustulosta, vaan tavoitteena on saada selville jotakin kyseiselle aineistolle ja tutkittavalle ilmiölle ominaista, niin antaa tämä mahdollisuuden eri menetelmien käytölle. Valittu menetelmä vaikuttaa siihen, miten monipuolisia tuloksia käytettävissä olevasta aineistosta voidaan saada tehtyä. (Pietikäinen ja Mäntynen 2009, 163-165.)

Diskurssianalyysin sisäisiä metodisia painotuksia ovat tilanteisuuden ja kulttuurisen jatkumon välinen suhde, merkitysten ja merkitysten rakentamisen tapojen välinen suhde, retorisen ja responsiivisen analyysin välinen suhde sekä kriittisen ja analyttisen diskurssianalyysin välinen suhde. Diskurssianalyttisessä tutkimuksessa kunkin vastinparin painotukset voivat vaihdella. Seuraavaksi nämä vastinparit kuvataan lyhyesti ja perustellaan tämän tutkimuksen painotukset. (Jokinen ja Juhila 1999, 55.)

Tutkijan on arvioitava tutkimusta tehdessään, miten hän ottaa huomioon *tilanteisuuden* ja *kulttuurisen jatkumon* samanaikaisen läsnäolon. Diskurssianalyysissa on olennaista merkitysten tilanteinen rakentuminen ja rakentaminen, sillä merkitykset rakentuvat käyttöyhteyksissään. Ratkaisu vaikuttaa tutkimusaineiston määrään ja tarkkuuteen. Aineistot ovat suppeampia ja analyysi on hienovaraisempaa tiukasti tilanteisuuteen

kiinnittyvissä tutkimuksissa. Analysoitava aineisto kehystetään tarkoituksella kevyesti. Tällöin tutkija on avoin aineistonsa rikkaudelle ja sieltä ilmeneville yllätyksille. Mikäli ilmiötä lähestytään valmiiden selitysten ja luokitusten kautta, voi tutkittava ilmiö kadota. Kulttuurisuutta voidaan käsitellä tutkimuksen johtopäätöksissä. (Jokinen ja Juhila 1999, 56-59.) Analyysissä selvitetään esiintyykö terveydenhuoltolain ja hallituksen lakiesityksen välillä yhteneväisyyksiä vai eroja valinnanvapauden sisällössä ja valinnanvapauden haltijassa. Analyysissä painottuu kulttuurinen jatkumo, joka on valinnanvapauden määritelmän sisällön kohdalla omaan hoitoonsa vaikuttaminen ja valinnanvapauden määritelmän perustelujen kohdalla kulttuurinen jatkumo muodostuu esiin nousevasta terveydenhuolto-ohjaavasta ajattelumallista. Valinnanvapauden haltijan ja sen perustelujen kohdalla kulttuurinen jatkumo muodostuu valitusta terminologista, jota käytetään kuvaamaan sitä henkilöä, jolla on valinnanvapaus.

Toisessa diskurssianalyttisen tutkimuksen ulottuvuusparissa tutkija asettuu *merkitysten ja merkitysten tuottamistapojen* analysoimisen välille. Merkityksiä korostavassa tutkimuksessa kysymykset ovat yleensä mitä-muotoisia ja tutkijan kiinnostus on sisällössä. Millaisia merkityksiä puheissa ja kirjoituksissa tuotetaan. Merkitysten tutkimisessa on joukko käsitteitä, joiden avulla mitä-kysymyksiä voidaan lähestyä. Näitä käsitteitä ovat identiteetit, diskurssit, paikalliskulttuurit ja kategoriat. Merkitysten tuottamisen tapojen painottaminen johtaa puolestaan miten-kysymyksiin. Millaisia kielellisiä keinoja käyttämällä merkityksiä tuotetaan. Silloin kiinnitetään huomiota retorisuuteen eli miten tiettyä versiota sosiaalisesta todellisuudesta ilmaistaan. Kuitenkin käytännössä monissa tutkimuksissa kysytään niin mitä- kuin miten-kysymyksiäkin. Kielellisissä käytännöissä merkitykset ja niiden tuottamisen tavat ovat kuitenkin aina yhteydessä toisiinsa. (Jokinen ja Juhila 1999, 66.) Tämän tutkimuksen painotus on merkityksiä eli diskursseja tuottavassa puolessa. Mitä sanoja lakiteksteissä käytetään sekä valinnanvapauden määritelmästä että valinnanvapauden haltijasta ja mitä sanoja löytyy niiden perusteluiden takaa. Lisäksi tarkastellaan millaisia merkityksiä ja todellisuuden kuvauksia valituilla sanoilla luodaan.

Kolmas diskurssianalyysin ulottuvuuspari on *retorisuus ja responsiivisuus*. Retorisuus on kielenkäytön avulla tapahtuvaa vakuuttelua ja suostuttelua. Responsiivisessa vuorovaikutuksellisuudessa keskustelun osapuolet reagoivat vuorotellen toistensa puheenvuoroihin ja näin rakentavat yhdessä sosiaalista todellisuutta. Tekstimuotoisissa aineistoissa retorisuus on yleensä hallitsevana piirteenä. (Jokinen ja Juhila 1999, 77.)

Tässä tutkimuksessa analyysin painopiste on retorisuudessa eli siinä miten aineistoissa argumentoidaan ja vakuutellaan valinnanvapauden haltija ja valinnanvapauden määritelmä sekä niiden perustelut. Käytetäänkö tehokeinoja esimerkiksi toistoa tai täysin poikkeavia sanamuotoja.

Diskurssianalyysin neljäntenä ulottuvuusparina on *analyttinen ja kriittinen näkökulma*. Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtana toimii oletus joidenkin alistussuhteiden olemassa olosta ja tutkimuksen tehtävänä on niiden käytäntöjen tarkastelu, joilla näitä suhteita oikeutetaan ja ylläpidetään. Tällöin analyysissä käytetyt käsitteet ovat valmiiksi latautuneita. Voidaan puhua ideologiasta, ideologisista käytännöistä, valtasuhteista, vallasta ja vallan harjoittamisesta tai vaiennetuista äänistä. (Jokinen ja Juhila 1999, 86.)

Analyttinen diskurssianalyysi eroaa kriittisestä diskurssianalyysistä tiukalla aineistolähtöisyydellään. Tällöin tutkija on mahdollisimman avoin käyttämälleen aineistolle ja sieltä löytyville merkityksille. Tällöin ei tehdä etukäteen oletuksia esimerkiksi alistussuhteiden luonteesta tai olemassaolosta, vaan näiden suhteiden rakentumiseen otetaan kantaa vasta aineiston analyysin jälkeen. Tällöin aineiston lukemisen lähtökohtana on sosiaalisen todellisuuden yksityiskohtainen erittely. Analyttinen ja kriittinen näkökulma eivät ole toisiaan poissulkevia, vaikka niiden perusero löytyy tutkimuksen lähtötavoitteesta ja sitoumuksista. Lähtökohdiltaan analyttisestä tutkimuksesta voi lopulta tulla kriittinen puheenvuoro. (Jokinen ja Juhila 1999, 86-87.)

Weiss ja Wodak (2007, 14-15) toteavat, että kriittisen diskurssianalyysin mukaan kielellä itsellään ei ole vaikutusvaltaa, vaan sen valta tulee vaikutusvaltaisten ihmisten kielenkäytön myötä. Siksi kriittistä diskurssianalyysia tehtäessä usein valitaan kriittinen näkökulma vaikutusvaltaisten henkilöiden kielenkäyttöön, kuinka he puhuvat tai kirjoittavat. Kielen avulla ilmaistaan valtaa ja vallan avulla vaikutetaan yhteiskuntaan.

Tämän tutkimuksen näkökulmaksi otettiin analyttinen diskurssianalyysi. Kaikkia aineistoja haluttiin tarkastella mahdollisimman avoimesti ilman mitään etukäteisoletuksia esimerkiksi valtasuhteista. Tarkoituksena on tarkastella valinnanvapauden määritelmää ja valinnanvapaudenhaltijaa ilman ennakkokäsityksiä ja pyrkiä kuvaamaan näiden sisällöt juuri aineistosta lähtien. Mikäli aineistosta ilmenisi kriittistä potentiaalia sisältäviä tuloksia ja selviä eroavaisuuksia keskinäisissä sisällöissä, silloin näkökulmaa voidaan

muuttaa kriittisen diskurssianalyysin suuntaan ja nostaa esiin esimerkiksi ilmi tulleita valtasuhteita.

Diskurssianalyysissa valmiiden aineistojen käyttämisen etuna on se, että tällöin voidaan eliminoida tutkijan vaikutus aineistoon. Aineiston koolla ei ole merkitystä, pienikin aineisto voi olla merkityksellinen. (Eskola, Suoranta 1999, 198-200.) Analyysi voidaan aloittaa arvioimalla millä sanastoilla kiinnostavaa aihealuetta aineistossa tarkastellaan (Suoninen 1999, 18).

Aineistoa voidaan pilkkoa osiin tai koodata sekä etsiä sieltä samankaltaisuuksia, ristiriitaisuuksia ja poikkeamia sekä säännönmukaisuuksia. Näin pyritään analysoimaan aineistossa rakentuvien merkitysten suhdetta kontekstiin sekä sosiaaliseen toimintaan. Parhaimmillaan saadut tulokset tuovat esiin syy-seuraussuhteita ja esittävät sosiaaliseen toimintaan liittyviä prosesseja, ehtoja ja seurauksia sekä sääntöjä tai historiallisia konteksteja. Näin voidaan ymmärtää kielenkäyttöä sosiaalisena toimintana ja siihen liittyviä odotuksia sekä valtakysymyksiä. (Pietikäinen ja Mäntynen 2009, 166-170.)

Diskurssintutkimuksen tärkein työkalu on kirjoittaminen. Tutkija käy aineiston läpi systemaattisesti valitun näkökulman ja tarkastelutapojen avulla. Tehdyt havainnot kirjoitetaan ylös. Analyysin tekeminen on jatkuvaa kirjoittamista, ajattelua ja uudelleen kirjoittamista. Näin esille tulevat keskeiset havainnot, jotka perustellaan ja esitellään analyysiesimerkein tutkimustulosten käsittelyn yhteydessä. Näin saatu analyysi on systemaattinen ja luotettava sekä tarkka. Kun tutkija perustelee ja selittää valintansa ja tekee työstään läpinäkyvää, niin lisää se tutkimuksen uskottavuutta. (Pietikäinen ja Mäntynen 2009, 165.)

Diskurssianalyysin raportissa esitetään tutkimustulosten lisäksi myös tulkintaprosessia niin, että lukija voi tehdä siitä omat päätelmänsä (Eskola, Suoranta 1999, 200). Lisäksi saaduista tutkimustuloksista tulisi laatia synteesejä eli koota yhteen pääasiat ja antaa selvät vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Johtopäätökset perustuvat näihin laadittuihin synteeseihin. Saatujen tulosten merkitystä on pohdittava tutkimusalueella sekä mietittävä onko niillä laajempaa merkitystä. (Hirsjärvi ym. 2010, 229-230.)

Tässä tutkimuksessa valittiin painopisteiksi kulttuurinen jatkumo, merkitysten tuottaminen ja retorisuus sekä analyttinen näkökulma. Tämän tutkimuksen teoreettisessa osassa esiteltiin New public management-ajattelun ilmenemistä julkisen hallinnon

uudistuksista ja julkisessa terveydenhuollossa. Lisäksi kuvattiin tilaaja-tuottaja-malli ja kerrottiin sen liittyvän NPM:n kontekstiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla tuotiin esille sosiaali- ja terveystaloudessa esiintyvät erilaiset viittaukset sosiaali- ja terveystaloudelta käyttäviin henkilöihin. Näin nämä teoriaosuudessa esitetyt asiat kehystävät aineiston analyysia, mutta analyysi haluttiin tehdä silti kevein raamein, jotta tutkija pystyi olemaan avoin esiin nouseville ilmiöille. Näin pyrittiin välttämään tiukkoja ennakoasenteita valinnanvapauden haltijan ja määritelmän suhteen ja saamaan siten selville valinnanvapauden diskurssin muutos vajaan kymmenvuoden aikana.

5.2 Aineiston analyysi

Valinnanvapauden tarkastelusta rajattiin pois niin rajat ylittävä terveydenhuolto, jossa terveydenhuollon valinnanvapaus ulottuisi myös Suomen rajojen ulkopuolelle kuin myös julkista terveydenhuoltoa täydentävä sairausvakuutusjärjestelmään liittyvä potilaan hoitopaikan valinta. Näiden osioiden käsittely olisi laajentanut analyysiä ja se haluttiin säilyttää mahdollisimman selkeänä ja tarkastella laajaa väestöpohjaa koskevaa kiireettömään hoitoon liittyvää valinnanvapautta.

Aineiston analyysi aloitettiin silmäilemällä kaikki aineistot ensin sähköisessä muodossa läpi. Tämän jälkeen niistä kaikista tulostettiin paperille osiot, jotka käsittelivät tutkimuskysymysten alueita. Nämä tekstit luettiin vielä uudelleen yksitellen läpi tutkimuskysymyksittäin ja niistä alleviivattiin erivärisiä tusseja hyödyntäen aina kuhunkin tutkimuskysymykseen liittyviä sanoja ja lauseita. Lisäksi kirjoitettiin muistiinpanoja näin saaduista havainnoista. Jokaiselle tutkimuskysymykselle päätettiin antaa oma värinsä, jotta tutkijan olisi helpompi käsitellä aineistoja, kun sieltä oli alleviivattu asioita eri värein. Tämä käytäntö oli erityisen merkittävää HE 16/2018 kohdalla, sillä siitä aineistosta tuli löytää sekä määritelmät että perustelut valinnanvapaudelle että sen haltijalle.

Seuraavaksi nämä alleviivatut sanat ja lauseet kirjoitettiin käsin ylös erillisille papereille listaksi tutkimuskysymyksittäin. Analyysin eteneminen edellytti aineistoon palaamista ja toistuvaa lukemista. Analyysi toteutettiin tutkimuskysymys kerrallaan, että tutkijalla säilyi selkeä käsitys käsiteltävästä asiasta. Jotta tutkijan tekemän diskurssianalyysin luotettavuus tulisi ilmi, niin jokaisen tutkimuskysymyksen yhteydessä kuvattiin aluksi

aineiston keskeinen sisältö lyhyesti. Sen jälkeen analyysi kirjoitettiin kokoamalla ensin yhteen terveydenhuoltolaista ja hallituksen lakiesityksestä tehdyt havainnot valinnanvapauden määritelmästä. Sitten näin saatuja analyysin tuloksia tarkasteltiin kulttuurisen jatkumon, merkitysten tuottamisen ja retorisuuden sekä analyyttisen näkökulman kautta. Seuraavaksi valinnanvapauden määritelmälle etsittiin perusteluja terveydenhuoltolaista ja hallituksen lakiesityksestä. Perusteluita tarkasteltiin myös kulttuurisen jatkumon, merkitysten tuottamisen ja retorisuuden sekä analyyttisen näkökulman kautta.

Valinnanvapauden haltijan kohdalla toimittiin samoin. Ensin kirjattiin ylös havainnot terveydenhuoltolaista ja hallituksen lakiesityksestä ja niitä tarkasteltiin kulttuurisen jatkumon, merkitysten tuottamisen ja retorisuuden sekä analyyttisen näkökulman kautta. Lopuksi myös valinnanvapauden haltijalle etsittiin perustelut terveydenhuoltolain lakiesityksestä sekä hallituksen valinnanvapauden lakiesityksestä ja niitä tarkasteltiin kuten edellä muita tutkimuskysymyksiä retorisuuden, kulttuurisen jatkumon ja merkitysten tuottamisen sekä analyyttisen näkökulma kautta. Koska kyseessä olivat lakitekstit, jotka olivat tiettyyn muotoon kirjoitettuja, niin niistä nostettiin esille vain muutamia suoria lainauksia, jotka esitetään kursivoituna tekstinä analyysikappaleen yhteydessä. Niiden avulla haluttiin lisätä analyysin luotettavuutta. Saadut tulokset esitetään seuraavassa luvussa tutkimuskysymyksittäin.

6 ANALYYSI JA TULKINTA

6.1 Valinnanvapauden määritelmä

Tässä luvussa esitetään tutkimusaineiston analyysi tutkimuskysymyksittäin. Jokaisen tutkimuskysymyksen alussa esitellään lyhyesti omin sanoin aineiston keskeinen sisältö, johon tutkijan analyysi perustuu. Lukemisen helpottamiseksi nämä aineistot on otsikoitu joko terveydenhuoltolaiksi, hallituksen esitykseksi 90/2010 tai 16/2018. Varsinainen tutkijan suorittama analyysi seuraa aina näiden aineistojen jälkeen ja se on myös otsikoitu analyysiksi. Lopussa havainnollistetaan analyysin keskeiset tulokset kahden taulukon avulla.

Terveydenhuoltolaki

Aineistosta ilmeni, että terveydenhuoltolaissa valinnanvapaus määriteltiin mahdollisuudeksi valita kiireettömän hoidon hoitopaikan kohdalla se kuntansa terveysasema, josta saisi jatkossa terveydenhuollon palveluita. Valinnasta oli tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveysasemalle, jota valinnan tehnyt oli käyttänyt aiemmin että myös uudelle terveysasemalle, jonka hän oli valinnut. Valinta sai kohdistua vain yhteen terveysasemaan ja valinnan pystyi tekemään uudelleen vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Tietyissä erikoistilanteissa valinnan sai tehdä myös muun kuin kuntansa ulkopuolelle.

Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pidempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajanvieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja. (Terveydenhuoltolaki. 1326, 2010.)

Laajennetun kiireettömän hoitopaikan valinnan yhteydessä valinnanvapauteen kuului mahdollisuus valita perusterveydenhuollosta vastaava terveyskeskus ja terveyskeskuksen terveysasema liittyen terveydenhuoltolain luvuissa kaksi ja kolme mainittuihin terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä sairaanhoitoon. Näitä olivat muun muassa terveysneuvonta, terveystarkastukset, seulonnat, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdetyö sekä lääkinällinen kuntoutus. Valinnasta tuli tehdä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan että valitun kunnan terveyskeskuksille. Valinta sai kohdistua

samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen ja terveysasemaan ja valinnan sai uusia aikaisintaan vuoden kuluttua.

Valinnanvapauteen kuului myös kiireettömän hoidon hoitopaikan osalta mahdollisuus valita yhteistyössä lähetteen laatineen lääkärin tai hammaslääkärin kanssa kunnallinen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö siltä erityisvastuualueelta, jossa läheteensaajan kotikunta sijaitsi. Potilaan kielellistenoikeuksien turvaamiseksi tämä valinta sai kohdistua myös muuhun erityisvastuualueeseen, kuin siihen jonka piiriin hänen kotikuntansa kuului. Lisäksi muussa valinnanmahdollisuudessa annettiin potilaalle mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattilainen.

Potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. (Terveydenhuoltolaki. 1326, 2010).

Terveydenhuoltolaissa valinnanvapaus oli mahdollisuus. Se ei ollut pakollinen vaan vapaaehtoinen asia. Valinnan kautta oli mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa hoitopaikan ja hoitavan henkilön valinnan kautta. Valinnanvapauden mahdollisuus koski kiireettömässä hoidossa hoitopaikan valintaa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, mutta viimeksi mainitun yhteydessä se oli tehtävä yhteistyössä lähetteen laativan lääkärin kanssa. Kielelliset oikeudet, pidempi aikainen asuminen tai oleskelu työn, opiskelujen, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen vuoksi otettiin myös hoitopaikan valinnassa huomioon. Lisäksi oli mahdollisuus valita terveydenhuollon yksiköstä laillistettu terveydenhuollon ammattilainen, joka osallistuisi valinnan tehneen henkilön hoitoon. Valinnanvapauden piiristä oli rajattu pois terveydenhuollon kiireellinen hoito. Suunterveydenhuollon osalta valinnanvapaudesta mainittiin, että hoitopaikan valinta tehdään kiireettömässä hoidossa yhteistyössä lähetteen laatineen hammaslääkärin kanssa kunnalliseen erikoissairaanhoitoon. Sosiaalitoimen osalta mainittiin vain sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö, joka ei kuulunut valinnanvapauden piiriin, vaan sitä tarvitsevan oli saatava se välittömästi ja kiireellisesti.

Hallituksen lakiesitys 16/2018

Hallituksen valinnanvapautta koskevasta lakiesityksestä 16/2018 ilmeni, että se oli kirjoitettu muotoon ”laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Sen toinen luku oli otsikoitu ”asiakkaan valinnanvapaudeksi” ja sen neljännen momentin

otsikkona oli ”asiakkaan oikeus valita”. Siinä yhteydessä oli ensimmäinen tiivis määritelmä valinnanvapaudesta. Valinnanvapaus oli kirjoitettu oikeudeksi valita palveluntuottaja ja tämän palveluyksikkö sekä palveluja antava ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Palveluntuottajan ja tämän palveluyksikön sai valita minkä tahansa maakuntalaissa tarkoitetun maakunnan alueelta, ellei laissa toisin erikseen ole säädetty.

Kaiken kaikkiaan hallituksen lakiesityksessä 16/2018 käytettiin valinnanvapauden määritelmästä erilaisia kirjoitusmuotoja. Yleisin ilmaus oli, että asiakkaalla on oikeus valita. Muina ilmauksina käytettiin muotoja asiakas voi valita ja asiakas saa valita sekä asiakkaalle on annettava mahdollisuus asioida muuallakin kuin valitsemassaan paikassa. Valinnanvapautta käsiteltiin luvuittain, joita olivat suoran valinnan palvelut, maakunnan liikelaitoksen valinta ja asiakasseteli sekä henkilökohtainen budjetti.

Suoran valinnan palveluiden kohdalla asiakkaalla oli oikeus valita itse ilman maakunnan osoitusta tai maakunnan liikelaitoksen tekemää palveluntarpeen arviointia sosiaali- ja terveyskeskus sekä suunhoidon yksikkö, väliaikainen sosiaali- ja terveyskeskus sekä suunhoidon yksikkö ja palveluja antava ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Valinta sai kohdistua vain yhteen sosiaali- ja terveyskeskukseen sekä suunhoidon yksikköön. Kuitenkin suoran valinnan palveluntuottajan oli annettava asiakkaalle mahdollisuus asioida myös muissa palveluyksiköissään kuin niissä, jotka asiakas oli itse valinnut sosiaali- ja terveyskeskukseksi tai suunhoidon yksiköksi.

Sosiaali- ja terveyskeskuksessa tuotettaviksi sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluiksi oli kirjattu kuuluviksi muun muassa tietyin rajoituksin terveysneuvonta, terveystarkastukset, terveydenhuollon neuvonta ja ohjaus, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, erilaisten todistusten antaminen, yleislääketieteen alaan kuuluva terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttama, vastaanottokäynnillä, kotikäynnillä tai etäyhteyden kautta toteutettava asiakkaan oireiden, sairauksien ja toimintakyvyn tutkimus, toteaminen ja hoito sekä laillistetun sosiaalihuollon ammattihenkilön antama sosiaalineuvonta ja ohjaus. Suunhoidon yksikössä näitä suoran valinnan palveluita olivat muun muassa terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suusairauksien ennaltaehkäisy ja siihen liittyvä neuvonta ja muut palvelut sekä määräämälliset suunterveystarkastukset.

Valinnasta oli tehtävä lähtökohtaisesti ilmoitus tiedonhallintapalveluja käyttäen sekä maakunnalle, jonka asukas oli, että myös valitsemalleen suoran valinnan palveluntuottajalle. Uuden valinnan sai tehdä aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta. Kuitenkin asuinpaikan vaihdoksen myötä sosiaali- ja terveyskeskuksen sekä suunhoidon yksikön sai vaihtaa määrääjasta riippumatta. Lisäksi asiakkaan hakemuksesta ilmi tulevasta perustellusta syystä maakunta voi antaa asiakkaalle oikeuden tehdä edellä mainittu vaihto määrääjasta riippumatta.

Rajoituksia suunhoidon yksikön valintaan oli asetettu alle 18-vuotiaille lapsille ja nuorille, jotka saivat suun terveydenhuollon palveluita kouluterveydenhuollon tai opiskelija terveydenhuollon parista sekä neuvolapalveluita saavat lapset, jota saivat suunhoidon palvelut maakunnan liikelaitokselta. Näillä ryhmillä ei ollut valinnanvapautta suunhoidon yksikön kohdalla.

Väliaikaisen palveluntuottajan ja sen palveluyksikön valinta tuli kyseeseen silloin, kun asiakas asui tai oleskeli väliaikaisesti valitsemansa maakunnan liikelaitoksen palveluyksikön sijaintikunnan ulkopuolella opiskelun, työn, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen, muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi. Tällöin asiakas sai käyttää muussa kunnassa sijaitsevan maakunnan liikelaitoksen palveluyksikön palveluita. Samoista syistä tämä mahdollisuus oli käytettävissä myös suoran valinnan palveluissa. Myös näistä valinnoista oli tehtävä ilmoitus ja se oli kirjattu tehtäväksi tiedonhallintapalveluja tai muuta menettelyä käyttäen. Ilmoitus tuli tehdä aina sille maakunnalle, jonka asukas asiakas oli ja ilmoituksen sai tehdä myös valitsemalleen suoran valinnan palveluntuottajalle.

Ammattihenkilöiden valinnan kohdalla kerrottiin, että asiakas voi valita palveluja antavan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon ammattihenkilön tai ammattihenkilöiden moniammatillisen ryhmän palveluyksikön tarkoituksenmukaisen toiminnan toteuttaminen huomioiden. Valinnanvapauden yhteydessä ei käytetty termiä laillistettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö kuten terveydenhuoltolaissa. Mutta suoran valinnan palveluiden luettelon kohdalla luki erikseen laillistetun sosiaalihuollon ammattihenkilön antama sosiaalihuollon ohjaus ja neuvonta.

Asiakkaan oikeudesta valita terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Lainkohta vastaa sisällöltään voimassa olevan terveydenhuoltolain 49 §:ää, jonka mukaan potilaalla on mahdollisuus valita

häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettuterveysdenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Ehdotettu säännös laajentaisi ammatinhenkilön valintaoikeuden koskemaan myös sosiaalihuollon ammattihenkilöä. Tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi asiakkaalle sosiaalihuoltolain 42 §:n mukaan nimettävää omatyöntekijää. (HE 16/2018.)

Lakiesitykseen oli kirjattu, että asiakas saa muut kuin suoran valinnan palvelut sen maakunnan liikelaitokselta, jonka asukas hän on. Asiakas sai kuitenkin myös valita jonkin toisen kuin asuinkuntansa liikelaitoksen, mikäli valintaoikeutta ei ollut erikseen lailla tai sen nojalla rajoitettu. Maakunnan liikelaitoksen sai vaihtaa aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua aiemmasta valinnasta. Mutta mikäli asuinkunta vaihtui, niin valinnassa ei noudatettu enää määräaika, vaan asiakkaalla oli oikeus vaihtaa tällöin maakunnan liikelaitosta. Lisäksi asiakkaan hakemuksesta ilmi tulevan perustellun syyn vuoksi maakunta saattoi antaa oikeuden maakunnan liikelaitoksen vaihtoon määräajasta riippumatta. Ilmoitus oli tehtävä tiedonhallintapalveluita käyttäen sille maakunnalle, jonka asukas hän oli.

Asiakas sai valita muissa kuin suoran valinnan palveluissa sen maakunnan liikelaitoksen palveluyksikön, josta hän sai tuotettavaa palvelua. Myös tässä yhteydessä valinnan sai uusia aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta. Mutta maakunnalla oli mahdollisuus antaa asiakkaan asioida myös muissa palveluyksiköissään. Asuinkunnan vaihtuminen antoi oikeuden valinnan tekemiseen määräajasta riippumatta. Lisäksi asiakkaan hakemuksesta ilmi tulevasta perustellusta syystä maakunnalla oli mahdollisuus antaa asiakkaalle palveluyksikön vaihtomahdollisuus ilman määräaika.

Kiireettömässä sairaanhoidossa maakunnan liikelaitoksen valinta sisälsi myös asiakkaan oikeuden valita lähetteen saatuaan, ilman yhteistyö-sanon velvoitetta, se palvelua antava maakunnan liikelaitoksen toiminta yksikkö, josta saa kiireetöntä sairaanhoitoa.

Lisäksi asiakkaalla oli oikeus valita palveluita antava ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä sekä maakunnan liikelaitoksen antaman asiakassetelin perusteella palveluntuottaja sekä maakunnan liikelaitoksen päättämän henkilökohtaisen budjetin perusteella sekä palveluntuottaja että vaikuttaa palvelun sisältöön. Maakunnan liikelaitoksen tuli tarjota asiakasseteliä tiettyihin muihin kuin suoran valinnan palveluihin kuuluvien palveluihin, joihin oli kirjattu tietyin rajoituksin kuuluviksi sosiaalinen kuntoutus, kotipalvelu, kotihoito, vammaispalvelu- ja

kehitysvammalain mukaiset asumispalvelut, vammaisten henkilöiden työtoiminta, kotisairaanhoido, lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvät terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäiset vastaanottokäynnit sekä suunhoidossa tarpeelliset hammasproteettiset hoidot. Asiakkaalla oli kuitenkin mahdollisuus kieltäytyä asiakassetelin käytöstä, jolloin maakunnan liikelaitoksen tuli vastata asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisesta muilla tavoin. Tietyin edellytyksin asiakkaalle voitiin tarjota myös henkilökohtaista budjettia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Myös tässä kohtaa asiakkaalle oli kirjattu mahdollisuus kieltäytymiseen. Asiakkaalla oli oikeus valita henkilökohtaisella budjetilla annettavien palveluiden sisältö, palvelun tuottajat sekä palveluiden toteuttamiseen osallistuvat henkilöt. Mikäli asiakkaalla oli tarkemmin määriteltujen edellytysten myötä mahdollisuus saada palvelu sekä asiakassetelillä että henkilökohtaisen budjetin avulla, niin tällöin asiakas sai itse valita, kummalla tavalla palvelu hänelle toteutettiin.

Kielellisiä oikeuksia käsiteltiin palveluntuottajan näkökulmasta suoran valinnan palveluiden kohdalla sekä asiakassetelin sekä henkilökohtaisen budjetin osalta.

Yksityisen suoran valinnan palveluntuottajan on tuotettava palvelut kunnan kielellä palveluyksikössä, joka sijaitsee yksikielisessä kunnassa, sekä suomeksi ja ruotsiksi palveluyksikössä, joka sijaitsee kaksikielisessä kunnassa. (HE 16/2018).

Maakunnan tuli mahdollisuuksiensa mukaan huolehtia siitä, että asiakassetelin sekä henkilökohtaisen budjetin perusteella annettavia palveluja oli saatavilla maakunnan alueella maakunnan kielillä niin, että asiakkaan valinnanvapaus silti toteutuisi näissä palveluissa.

Asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin perusteella annettavat palvelut tuotetaan suomen tai ruotsin kielellä tai molemmilla kielillä. (HE 16/2018).

Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 valinnanvapaus määriteltiin ennen kaikkea asiakkaan oikeudeksi valita suoran valinnan palveluiden osalta sosiaali- ja terveystieteiden keskus sekä suunhoidon yksikkö, väliaikainen sosiaali- ja terveystieteiden keskus sekä suunhoidon yksikkö. Muissa kuin suoran valinnan palveluissa asiakkaalla oli oikeus valita maakunnan liikelaitos ja sen palveluyksikkö. Lisäksi asiakkaalla oli oikeus valita niin yksittäinen sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö kuin moniammatillinen ryhmäkin. Asiakkaalla oli myös oikeus kieltäytyä sekä asiakassetelistä että henkilökohtaisesta

budjetistakin. Viimeksi mainitun osalta asiakkaalla oli oikeus vaikuttaa palvelun sisältöön, palvelun tuottajaan että palvelun toteuttaviin henkilöihin. Valinnan piiriin ei kuulunut kiireellinen hoito.

Valinnanvapauteen kuului ilmoittamisvelvollisuus, mutta vastuu tiedonsiirtymisestä ei ollut asiakkaalla vaan ilmoituksen vastaanottajalla.

Vastuu siirtyy valitulle uudelle palveluyksikölle siitä, kun asiakas on tehnyt ilmoituksen valinnasta tiedonhallintapalvelua käyttäen tai siitä, kun asiakkaan kirjallinen ilmoitus on tallennettu tiedonhallintapalveluihin. (HE 16/2018).

Valinnanvapauden ilmoitukseen oli useita kanavia ja uuden valinnan sai tehdä jo kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta. Asuinpaikan vaihtaminen antoi oikeuden valinnan vaihtamiseen määräajasta riippumatta. Lisäksi muu perusteltu syy antoi mahdollisuuden valinnan hakemiseen aiemmin.

Analyysi

Kulttuurisen jatkumon kautta tarkasteltuna valinnanvapauden määritelmästä esiin nousi omaan hoitoonsa vaikuttaminen. Terveys- ja hoitoonvalinnassa annettiin valinnanvapauden kautta mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa, kun taas hallituksen lakiesityksessä 16/2018 valinnanvapaus oli oikeus, jonka avulla pystyi vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Vapaaehtoinen mahdollisuus muuttui näin valtaa sisältäväksi oikeudeksi. Terveys- ja hoitoonvalinnassa valinnanvapauden määritelmä huomioi vain terveys- ja hoitoonvalinnassa tapahtuvan valinnan mahdollisuuden. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 valinnanvapauden oikeus koski sosiaali- ja terveys- ja hoitoonvalinnasta sekä suun- ja terveys- ja hoitoonvalinnasta. Lisäksi asiakkaalla olisi hallituksen lakiesityksen myötä jatkossa valtakunnallinen valintaoikeus.

Valinnan piiriin kuului terveys- ja hoitoonvalinnassa myös laillistetun terveys- ja hoitoonvalinnassa ammattihenkilön valinta ja hallituksen lakiesityksessä oli oikeus valita palveluja antava sosiaali- ja terveys- ja hoitoonvalinnassa ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Valinnanvapauden määritelmässä tapahtui myös muutos siinä, kuinka usein hoitopaikkansa sai valita. Terveys- ja hoitoonvalinnassa valinnan sai uusia vuoden kuluttua edellisestä, kun taas hallituksen esityksessä sitä esitettiin mahdolliseksi kuuden kuukauden kuluttua aiemmasta valinnasta. Valinnanvapauden piiriin kuuluvat asiat ja

omaan hoitoonsa osallistuminen laajenivat ja monipuolistuivat näin ollen hallituksen lakiesityksessä 16/2018 yksilön oikeudeksi, jota saisi käyttää aiempaa useammin.

Terveydenhuoltolaki ilmensi valinnanvapauden määritelmässä merkitysten tuottamisessa perinteisiä terveydenhuoltoon ja hoitamiseen kuuluvia ilmaisuja. Siinä käsiteltiin valinnanvapautta kiireettömän hoidon hoitopaikan ja laajennetun kiireettömän hoidon hoitopaikan sekä laillistetun terveydenhuollon ammattilaisen osalta. Lisäksi käytettiin sanoja perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 käytettiin merkitysten tuottamisessa terveydenhuoltoon perinteisesti kuulumattomia ilmaisuja kuten suoran valinnan palvelu, muu kuin suoran valinnan palvelu, maakunnan liikelaitos, liikelaitoksen palveluyksikkö ja asiakasseteli sekä henkilökohtainen budjetti. Nämä ilmaisut kuuluvat markkinataloudellisiin ja kaupallisiin merkityksiin.

Lisäksi terveydenhuoltolaissa käytettiin ammattihenkilön valinnan kohdalla ilmaisua laillistettu terveydenhuollon ammattilainen ja hallituksen lakiesityksessä laillistettu termi oli jätetty pois ja tilalla oli sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Tässä kohtaa ilmeni merkittävä merkityksen tuottamisen ero terveydenhuoltolain ja hallituksen lakiesityksen välillä. Terveydenhuoltolain laillistettu sana sisälsi merkityksen virallisesta koulutuksesta ja laillistetuksi todistetusta ammattilaisesta, kun taas hallituksen esitys tuotti tilalle ei-laillistetun ammattihenkilön.

Hallituksen esityksestä 16/2018 löytyi kuitenkin maininta lakiehdotusten perustelujen kohdalta, joka tosin sijaitsi eri osassa lakiesitystä kuin varsinainen tulevan lain sisältö, että ammattihenkilön valinnan kohdalla lainkohta vastaisi sisällöltään voimassa olevan terveydenhuoltolain 49§: ää, jonka mukaan potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattilainen. Nyt valinta laajenisi koskemaan myös ammattihenkilön valinnanoikeutta sosiaalihuollon ammattihenkilöihin. Tämä on varsin mielenkiintoinen ratkaisu, että itse lakitekstissä käytetään ammattihenkilön valinnan kohdalla vain muotoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, eikä siihen ole lisätty laillistettu sanaa. Erikseen laillistettu-sana mainitaan vain kerran suoran valinnan palveluiden kohdalla, kun mainitaan sosiaalihuoltolain 6§:ssä tarkoitettua laillistetun sosiaalihuollon ammattihenkilön antamaa sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 tuotetaan näin yhden sanan pois pudottamisen kautta sellaista merkitystä, että kuka tahansa voisi olla terveydenhuollon ammattihenkilönä riippumatta siitä, onko hän saavuttanut tai kenties

menettänyt ammatissa toimimisen laillistuksen. Samalla kun laillistettu-termi jätetään pois, alenee myös terveydenhuollon ammattilaisten ammatillisen osaamisen ja pätevyyden arvo sekä valvonta.

Terveydenhuoltolaissa laillistettu sana kulki kokoajan mukana ja piti huolen näin siitä, että sen sanan avulla luotiin merkitystä korkeatasoisesta ammatillisesta osaamisesta, koska sen takeena on laillistettu-sana. Laillistettu-sana viittaa myös viralliseen ja hyväksyttyyn asemaan, jonka jokin henkilö on ammatillisesti saavuttanut ja se on hänelle valvovan viranomaisen toimesta myönnetty sekä myös valvottu. Laillistettu-sana myös tukee terveydenhuoltoon ja hoitamiseen liittyvien merkitysten rakentumista. Toisin kuin hallituksen esityksen muoto, jossa laillistettu-sanaa ei käytetty ja muutoinkin merkityksissä ilmeni kaupallisuus ja markkinataloudellisuus.

Retorisuudessa sekä terveydenhuoltolaki että hallituksen lakiesitys 16/2018 olivat virallisia lakimuotoon kirjoitettuja tekstejä, tämä lisäsi molempien tekstien vakuuttelevuutta. Kummassakin tekstissä käytettiin paljon toistoja. Valinnanvapaus oli terveydenhuoltolaissa mahdollisuus ja hallituksen esityksessä se oli oikeus. Kaiken kaikkiaan hallituksen lakiesityksen valinnanvapauden määritelmä oli pidempi ja laajempi. Näin ollen siinä oli myös enemmän yksityiskohtien kuvaamista. Molemmat tekstit poikkesivat toisistaan kirjoitusasultaan melkoisesti. Terveydenhuoltolakiin verrattuna hallituksen lakiesitys poikkesi terminologialtaan täysin aiemmasta sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvästä terminologiasta. Siinä korostuivat kaupallisuuteen viittaavat sanat, joita olivat palvelu, palveluyksikkö ja asiakasseteli sekä henkilökohtainen budjetti. Nämä sanat eivät ole perinteisesti kuuluneet sosiaali- ja terveydenhuollon sanastoon.

Terveydenhuoltolaki oli selkeämmin ilmaistu, kun siinä käytettiin nimenomaan terveydenhuoltoon liittyviä ilmaisuja. Kun puhuttiin kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta, oli selkeästi ymmärrettävää mitä siinä silloin tarkoitetaan. Silloin on mahdollisuus valita hoitopaikka tilanteessa, jossa hoidon aloittaminen ei ole kiireellistä. Hallituksen lakiesitys 16/2018 oli jäykempää kieltä, kun siinä nämä perinteiset ilmaisut oli korvattu täysin vierailla käsitteillä, joiden sisällöt olivat pitkiä ja monitahoisia. Paljon haastavampaa oli tulkita mitä tarkoitetaan, kun puhutaan suoran valinnan palveluiden valinnanvapaudesta. Ymmärrettävämpään muotoon tulkittuna edellisessä lauseessa on

edelleen kyse tilanteesta, jossa hoidon aloittamisella ei ole kiire ja henkilö voi valita missä haluaa tulla hoidetuksi.

Analyyttinen näkökulma nosti esiin vallan diskurssin. Jatkossa ihmisillä olisi aiempaa enemmän suoranaista valtaa vaikuttaa omaan hoitoonsa. Muuttamalla valinnan mahdollisuus oikeudeksi, voidaan pyrkiä voimaannuttamaan ihmisiä omaan hoitoonsa vaikuttamisessa. Ihmiset saavat valtaa päättää aiempaa laajemmin ja useammin omasta hoidostaan, missä ja kuka tai ketkä kaikki häntä ovat hoitamassa. Oikeuteen kuuluisi jatkossakin ilmoittamisvelvollisuus, mutta ilmoituksen tekijällä ei olisi vastuuta ilmoituksen perille menosta, vaikka erilaisia ilmoituksen tekotapoja kuvattiin useita. Näin ollen hallituksen lakiesityksessä ilmeni sekä oikeus että velvollisuus, mutta viimeksi mainittuun ei kuulunut vastuuta. Hallituksen lakiesitys antoi näillä sanavalinnoilla ihmisille laajaa valtaa vaikuttaa omaan hoitoonsa hoitopaikan ja hoitavan henkilökunnan valinnan osalta niin sosiaali- ja terveydenhuollon kuin myös suunterveydenhuollon osalta aiempaa useammin. Terveys- ja terveydenhuoltolaissa valinnanvapaus oli mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa hoitopaikan ja hoitavan henkilökunnan valinnan kautta vain terveydenhuollossa kerran vuodessa.

6.2 Valinnanvapauden määritelmän perustelut

Hallituksen esitys 90/2010

Tarkasteltaessa perusteluja valinnanvapauden määritelmälle terveydenhuoltolain lakiesityksestä 90/2010 ilmeni, että siinä mainittiin sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen olevan vielä kesken. Lakiesityksen perusteluissa mainittiin terveydenhuollon päämääräksi terveyden edistämisen sekä väestön terveyden ylläpitäminen. Viimeksi mainittuun sisältyy niin sairauksien ehkäisy ja hoito kuin kärsimyksen lievittäminenkin. Terveyspolitiikan tavoitteeksi kuvattiin terveysnäkökohtien huomioiminen yhteiskuntapolitiikassa. Terveyspalveluita tulisi kehittää niin, että Suomessa asuvilla olisi varallisuudestaan tai asuinpaikastaan riippumatta mahdollisuus saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut.

Tavoitteena oli myös väestön yleisen terveydentilan paraneminen sekä terveyden eriarvoisuuden kaventuminen. Palveluiden yhdenvertaista saatavuutta haluttiin edistää eri

väestöryhmissä ja maantieteellisesti. Järjestelmää tuli myös määrätietoisesti kehittää kohti asiakaskeskeisyyttä. Asiakas olisi keskiössä ja eri palvelut ja toiminnot organisoitaisiin hänen terveydentilaansa liittyvistä lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä tarpeistaan lähtien. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoketjuunsa. Myös OECD:n mainittiin kiinnittäneen huomiota Suomen järjestelmän jäykkyyteen.

Lakiesityksessä 90/2010 kerrottiin, kuinka hoitopaikan valinnan mahdollisuus on perinteisesti mielletty yksityiselle puolelle kuuluvaksi käytännöksi. Valinnan mahdollisuuden lisäämisen tavoitteena oli varmistaa potilaalle mahdollisuus saada tarvitsemiaan palveluja hänelle sopivaan aikaan ja hänelle sopivassa paikassa. Valinnan mahdollisuuden katsottiin voivan myös toimia palvelujärjestelmän uudistumisen edesauttajana. Valinnanvapauden aktiivinen käyttö voisi johtaa asiakaslähtöisempiin palveluprosesseihin ja vaikuttaa myös palveluiden turvallisuuden ja laadun paranemiseen. Asteittainen valinnan mahdollisuuden lisääminen esitettiin myös kansainvälisesti toimivaksi toimintamalliksi.

Hallituksen lakiesitys 16/2018

Valinnanvapauden määritelmän perusteluja tarkasteltiin myös hallituksen lakiesityksestä 16/2018. Kyseisen lakiesityksen todettiin olevan osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kokonaisuutta. Suomalaisen valinnanvapausmallin tavoitteena oli siirtyminen uudenaikaiseen ja integroidumpaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään. Tässä valinnanvapausmallissa korostui monituottajuus. Lakiesityksen yleisten säännösten perusteluissa todettiin, että lain tarkoituksena olisi edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja. Asiakkaalle oli annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa häneen kohdistuvien palveluiden suunnitteluun sekä toteuttamiseen.

Lisäksi lailla haluttiin varmistaa asiakkaan palvelujen toteutuminen yhteen sovitettuina kokonaisuuksina ja toimivina palveluketjuina sekä parantaa palvelujen laatua ja saatavuutta. Tämän valinnanvapausmallin kautta siirryttäisiin sellaiseen järjestelmään, jossa asiakas voisi itse vaikuttaa palveluntuottajansa valintaan ja saada näin laadukkaita palveluja oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti erilaiset elämäntilanteet huomioiden. Uusi valinnanvapausmalli toteuttaisi myös sosiaali- ja terveystalouden integraatiota uudella

tavalla. Valinnanvapauden kuvattiin myös vahvistavan palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavampaan suuntaan ja lisäävän innovaatioita.

Lisäksi lakiesitys 16/2018 sisälsi kuvauksen nykytilasta, jonka yhteydessä todettiin, ettei sosiaalihuoltolaissa ole säännöksiä asiakkaan oikeudesta valita sosiaalihuollon toteuttajaa. Asiakkaalla tulisi kuitenkin olla oikeus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunniteluun sekä toteuttamiseen. Hallituksen lakiesityksessä todettiin valinnanvapauden koskevan nykytilassa kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa. Ja kiireettömän erikoissairaanhoidon osalta hoitopaikan voi nykytilassa valita yhteistyössä lähetteen laatineen lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Lisäksi mainittiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelin käytön yhteydessä on jo lailla lisätty asiakkaan valinnan mahdollisuuksia. Tällaisia palveluseleitä on jo käytössä iäkkäiden, vammaisten, lasten ja perheiden palveluissa sekä omaishoidossa. Kotitalousvähennystä koskevien säännösten todettiin myös mahdollistavan tietynlaisen valinnanvapauden asiakkaille nykytilassa.

Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 esitettiin, että valinnanvapausjärjestelmän uudistaminen lisääisi todennäköisesti palveluntuottajien välistä kilpailua. Maakunnille annettaisiin erilaisia keinoja lisätä tuottajien kannustimia laadun ja kustannusvaikuttamisen parantamiseksi ja näin ohjata toimintaa haluttuun suuntaan. Lisäksi eriteltiin lakiesityksen hallinnollisia ja organisatorisia, taloudellisia sekä yritys-, kilpailu- ja markkinavaikutuksia. Lakiesityksen katsottiin myös lisäävän erikokoisten yritysten ja yhteisöjen yritystoiminnan mahdollisuuksia. Yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat saisivat yhtäläisen mahdollisuuden liittyä maakunnan tuottajaverkkoon valinnanvapauden alaisissa palveluissa. Lisäksi avautuisi uudenlaisia mahdollisuuksia yksittäisten palveluntuottajien verkoston sisällä, esimerkiksi palveluiden alihankinnan myötä ja lopullisen päätöksen palveluntuottajasta tekisi aina asiakas. Maakunnan asukkaiden liikkuvuus olisi luomassa pohjaa kilpailulle ja näin myötävaikuttaisi palveluiden kehittymiseen.

Analyysi

Kulttuurinen jatkumo muodostui terveydenhuollon asiakaslähtöisestä uudistumisesta, sillä se nousi vahvasti esille molemmissa lakiesityksissä. Molemmissa teksteissä todettiin perusteluissa terveydenhuollon tilan tarvitsevan uudistusta ja se nimettiin molemmissa teksteissä asiakaslähtöiseksi uudistukseksi. Hallituksen lakiesityksessä 90/2010 valinnan

mahdollisuus kuvattiin perinteisesti liittyneen yksityiselle puolelle ja terveydenhuollon olevan nyt uuden haasteen äärellä. Julkisiin palveluihin tulisi saada lisää luottamusta ja palautetta oli saatu myös OECD:ltä, että järjestelmämme oli kankea. Valinnan mahdollisuuden katsottiin voivan toimia palvelujärjestelmän uudistumisen avittajana. Valinnanvapauden kautta voitaisiin siirtyä asiakaslähtöisempiin palveluprosesseihin ja vaikuttaa myös palveluiden turvallisuuden ja laadun paranemiseen. Asiakkailta olisi mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoketjuunsa.

Asiakaslähtöisen uudistamisen esille tuominen ja korostaminen esiintyivät myös hallituksen esityksessä 16/2018, joka kuvasi kuinka suomalaisen valinnanvapausmallin tavoitteena oli siirtyminen uudenaikaiseen ja integroidumpaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, jossa asiakkailla olisi mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa häneen liittyvien palveluiden suunnitteluun sekä toteuttamiseen. Asiakas voisi itse vaikuttaa palveluntuottajaansa. Asiakkaan kerrottiin olevan se, joka tekisi aina lopullisen päätöksen palveluntuottajasta. Tässä kohtaa asiakaslähtöisessä terveydenhuollon uudistamisessa tulee ilmi ero lakiesitysten 90/2010 ja 16/2018 kesken. Lakiesityksessä 90/2010 asiakkaan kerrottiin voivan osallistua ja vaikuttaa hoitoketjuunsa, kun taas lakiesityksessä 16/2018 asiakkaan kerrottiin voivan osallistua ja vaikuttaa häneen liittyvien palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä voivan vaikuttaa itse päätöksellään palveluntuottajaansa. Asiakkaan valta terveydenhuollossa siis kasvoi. Uudistuksen kerrottiin lisäävän kilpailua palveluntuottajien kesken, mutta sen katsottiin vain kasvattavan palveluiden laatua ja innovatiivisuutta. Lisäksi yritysten ja yhteisöjen yritystoiminnan mahdollisuuksien arvioitiin paranevan kilpailun kautta.

Retorisuutta ja merkitysten tuottamista tarkasteltaessa ilmeni, että uudistuksen yhteydessä käytettiin terveydenhuoltolain lakiesityksessä 90/2010 sanoja kokonaisuudistus, terveyspalveluiden kehittäminen, palvelujärjestelmän kehittäminen, palveluiden yhdenvertainen saatavuus, palveluiden turvallisuus ja laatu, asiakaskeskeisyys, asiakaslähtöinen palveluprosessi ja terveydentilan paraneminen sekä terveyden eriarvoisuuden kaventuminen. Uudistuksen merkitykseksi kuvattiin sen kehittävän terveyspalveluita ja palvelujärjestelmää, yhdenvertaistavan palveluiden saatavuutta sekä turvallisuutta ja laatua. Valitut sanat ovat kokonaisvaltaisia ja positiivista mielikuvaa luovia ilmauksia. Uudistuksen kautta terveydentila paranisi ja terveyserot kaventuisivat ja toiminta olisi asiakaskeskeistä. Valituilla sanoilla vakuutellaan uudistuksen välttämättömyys ja sen tuomat hyödyt, joiksi nousevat terveyteen liittyvät

asiat. Uudistus olisi siis erilainen kuin koskaan aiemmin ja siitä kerrottiin olevan kansainvälistä käyttökokemusta ja se oli todettu muualla toimivaksi malliksi. Uudistuksen tavoitteet olivat yhä sidoksissa terveydenhuollon perinteisiin arvoihin ja lähtökohtiin.

Hallituksen lakiesityksestä 16/2018 nousi puolestaan esiin merkitysten tuottamisesta sanat osa suurempaa kokonaisuudistusta, suomalainen, uudenlainen, integroidumpi, yhteen sovitettut palvelukokonaisuudet, toimivat palveluketjut, palvelujen laatu ja saatavuus, kustannusvaikuttava ja kilpailu sekä yritystoiminta. Näiden sanojen avulla luotiin merkitystä täysin uudentlaisesta ja nimenomaan suomalaisesta valinnanvapaudesta, joka toisi tullessaan integroidummat palvelut, toimivat palveluketjut ja lisäksi palvelujen saatavuutta ja laatua. Se olisi kustannusvaikuttava ja vaikuttaisi yritystoimintaan ja sisältäisi kilpailua. Nyt olisi siis kyseessä ennennäkemätön uudistus, joka olisi vielä kotimainen. Ja tekstissä luvattiin asiakkaan olevan se, joka viimekädessä tekee päätöksen palveluntuottajasta.

Hallituksen lakiesityksen 16/2018 valinnanvapauden uudistamisen tavoitteissa ei käytetty terveydenhuollon perinteisiä aatteita ja arvoja vaan ne tulevat kaupallisuudesta. Retorisia ilmaisuja olivat kilpailu, kustannusvaikuttava, palvelukokonaisuus, toimiva palveluketju, palveluiden laatu ja saatavuus sekä yritystoiminta. Nämä ovat sanoja, joita käytetään New public management-ajattelumallin yhteydessä. Kuitenkaan sitä ei tunnusteta suoraan vaan luodaan vaikutelma, että nyt kyseessä on täysin uudenlainen terveydenhuollon uudistamisen malli, joka on vieläpä kotimainen. Tässä kohtaa sanojen käytössä ilmenee ristiriita. Kuinka sanat, joiden avulla on totuttu luomaan NPM mukaisia merkityksiä, voisivat nyt tuottaa toisenlaisen järjestelmän? Tekstissä mainittiin myös tuottajaverkosto ja monituottajuus, jotka viittaavat tilaaja-tuottaja-malliin, joka sekin kuuluu NPM:n mukaiseen toimintaan.

Analyyttinen näkökulma toi esiin valinnanvapauden määritelmän taustalta paljastuvat terveydenhuollon uudistusta ajavat arvot ja niiden välisen valtataistelun. Arvoilla ilmaistiin se, mikä taho jatkossa määrää terveydenhuollon askelkuviot, eli kenellä on valta päättää miten terveydenhuoltoamme kehitetään jatkossa. Hallituksen lakiesityksessä 90/2010 taustalla vaikuttivat vielä terveydenhuollon perustehtävä ja arvot, vaikka siinä otettiin jo askelia kohti kaupallisuutta, mainitsemalla, että asiakaskeisyys on terveydenhuollon järjestelmän kehittämisen lähtökohta. Hallituksen lakiesityksessä

16/2018 valinnanvapauden määritelmän taustalla vaikuttivat vahvasti NPM-ajattelumallin mukaiset arvot. Valinnanvapauden yhteydessä puhuttiin monituottajuudesta, tuottajaverkosta, asiakkaasta ja kilpailusta sekä markkinoista. Samalla siirryttiin ajattelumalliin, jossa ihmiset jatkossa voisivat vaihtaa aiempaa useammin palveluntuottajansa. Markkinataloudessa annetaan raportteja neljä kertaa vuodessa ja nyt ihmiset voisivat ikään kuin antaa omia raporttejaan kaksi kertaa vuodessa omilla jaloillaan äänestämällä. Asiakkaan merkitystä yritettiin tuoda myös esille mainitsemalla, että asiakas olisi jatkossa se, joka viime kädessä päätöksellään vaikuttaa siihen, kuka on palveluntuottaja. Mutta hyvin vahvasti asiakkaan rinnalla kulki ja ohjasi markkinavetoisuus. Yritysten ja yhteisöjen välinen kilpailu ja yritystoiminnan kasvu ovat isoja tekijöitä, jotka voivat helposti peittää alleen yksilön äänen. Markkinatalous oli näin saamassa vallan perinteisellä terveydenhuollon alueella ja korvaamassa perinteiset terveydenhuollon arvot. Jatkossa kaupallisuus asettaisi ne askelmerkit, joita terveydenhuollossa uudistuksen jälkeen noudatettaisiin.

6.3 Valinnanvapauden haltija

Terveysdenhuoltolaki

Terveysdenhuoltolaissa valinnanvapauden haltijaksi oli kirjattu sekä henkilö että potilas. Terveysdenhuoltolain hoitoon pääsyä käsittelevässä luvussa kuusi mainittiin, että kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan sai tehdä henkilö, joka valitsi mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saisi laissa määritellyt terveydenhuollon palvelut. Mikäli lääkäri tai hammaslääkäri oli arvioinut, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita, saattoi henkilö tehdä valinnan yhteisymmärryksessä lähetteen laatijan kanssa kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön.

Henkilö voi valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. (Terveysdenhuoltolaki. 1326, 2010).

Henkilö-sanaa käytettiin myös silloin, kun kerrottiin laajennetusta kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta. Tällöin henkilö sai valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman, josta hän saisi laissa määritellyt

terveydenhuollon palvelut. Lisäksi henkilöstä puhuttiin myös silloin, kun kerrottiin terveyskeskuksen ja terveysaseman valinnasta tehtävästä kirjallisesta ilmoituksesta.

Potilas-sanaa käytettiin, kun puhuttiin muusta valinnan mahdollisuudesta. Silloin potilaalla oli mahdollisuus valita häntä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka hoitaisi häntä terveydenhuollon yksikössä. Potilas mainittiin myös silloin, kun kerrottiin että suomen-, ruotsin- tai saamenkielisen potilaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi, sai kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön valita myös kotikuntansa ulkopuoliselta erityisvastuualueelta.

Potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. (Terveydenhuoltolaki. 1326, 2010).

Valinnanvapaus ei koskenut kiireellistä hoitoa ja kiireellisen hoidon yhteydessä mainittiin, että sitä tuli antaa tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyön kohdalla käytettiin myös potilas-sanaa. Sosiaalipäivystyksessä potilaalle oli annettava kiireellinen ja välitön apu sosiaalihuoltolain 29§:n mukaisesti. Lisäksi käytettiin lapsi-sanaa, kun kyseessä oli lastensuojeluun liittyvä tarve.

Asiakas-sanaa ei mainittu lainkaan Terveydenhuoltolain hoitoon pääsyä ja valinnanvapautta käsittelevässä luvussa kuusi. Asiakas-sanaa käytettiin vain luvussa neljä, kun käsiteltiin terveydenhuollon yhteistyötä ja alueellisia palveluita ja silloin ensihoitopalvelut menevät asiakkaan kotiin. Tällöin ei ollut kyseessä valinnanvapauden mukainen toiminta. Terveydenhuoltolaissa valinnanvapauden haltija oli siis henkilö, sillä se esiintyi tekstissä kaikkein useimmin. Seuraavaksi yleisin ilmaus oli potilas-sana ja se esiintyi hoitoon ja sairauteen liittyen. Valinnanvapauden haltijaksi ei määritelty asiakasta.

Hallituksen lakiesitys 16/2018

Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 käytettiin yleisesti valinnanvapauden haltijasta puolestaan asiakas-sanaa. Lakiehdotus oli suoraan otsikoitu ”laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Myös lakiehdotuksen toinen luku oli kirjattu muotoon ”asiakkaan valinnanvapaus”. Asiakas-sanaa käytettiin, kun käsiteltiin valinnanvapautta suoran valinnan palveluissa ja väliaikaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen sekä suunhoidon yksikön valintaa.

Asiakkaalla on oikeus valita sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluntuottaja ja käyttämänsä sosiaali- ja terveyskeskus sekä suunhoidon suoran valinnan palveluntuottaja ja käyttämänsä suunhoidon yksikkö. (HE 16/2018).

Asiakas-sana mainittiin myös, kun käsiteltiin valinnanvapautta muissa kuin suoran valinnan palveluissa. Tällöin asiakkaalla oli oikeus valita maakunnan liikelaitos ja sen palveluyksiköt, väliaikainen maakunnan liikelaitoksen palveluyksikkö sekä palveluja antava ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Asiakkaasta puhuttiin myös silloin, kun kerrottiin valinnasta tehtävästä ilmoituksesta.

Lisäksi asiakkaalla oli oikeus valita maakunnan liikelaitoksen antaman asiakassetelin perusteella palveluntuottaja sekä maakunnanliikelaitoksen päättämän henkilökohtaisen budjetin perusteella palveluntuottaja sekä vaikuttaa palvelujen sisältöön. Sekä asiakasseteli että henkilökohtainen budjetti olivat kirjattu liittyviksi muihin kuin suoran valinnan palveluihin.

Asiakkaalla on oikeus valita sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluntuottaja ja käyttämänsä sosiaali- ja terveyskeskus sekä suunhoidon valinnan palveluntuottaja ja käyttämänsä suunhoidon yksikkö. (HE 16/2018).

Mikäli täysi-ikäinen asiakas ei itse voinut valita palveluntuottajaa, piti se selvittää hänen laillisen edustajan tai lähiomaisen tai muun läheisen kanssa yhteistyössä. Erikseen mainittiin myös alaikäinen asiakas, jolla tarkoitettiin viisitoista vuotta täyttäneitä henkilöä, joka sai valita itse palveluntuottajan ja tämän palveluyksikön.

Vaikka valinnanvapaus ei koskenut kiireellistä hoitoa, niin siinä yhteydessä käytetään asiakas-sanaa. Lisäksi perinteinen hoito-sana on korvattu siinä huolto-sanalla.

Asiakkaalla on oikeus saada oleskelu paikkakunnallaan kiireellistä terveydenhuoltoa sekä suun terveydenhuoltoa. (HE 16/2018).

Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 valinnanvapauden haltija oli yksiselitteisesti asiakas, koska muita ilmaisuja ei käytetty. Potilas-sanaa käytettiin vain, kun puhuttiin sekä asiakkaan että potilaan asemasta ja oikeuksista, jotka on säädetty muualla lainsäädännössä ja samassa yhteydessä mainittiin, että niitä säädöksiä tulee noudattaa valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita tuottaessa.

Analyysi

Kulttuurisen jatkumon osalta valinnanvapauden haltijan määritelmässä vallitsi lakitekstien välillä selvä kahtiajako ja eroavaisuus. Terveystieteellisen lakiesityksen lakiesityksessä 16/2018 valinnanvapauden haltijaksi mainittiin vain asiakas. Kulttuurinen jatkumo perinteisen lääketieteelliseen terminologiaan liittyvän potilas-sanan osalta muuttui hallituksen esityksessä kaupallisuuteen kuuluvaan asiakas-sanaan.

Merkitysten tuottamista ja retorisuutta tarkasteltaessa kävi ilmi, että terveystieteellisen lakiesityksen lakiesityksessä ilmaisi potilas-sanalla perinteistä hoitamisen diskurssia, jota tukivat potilas-sanan rinnalla käytetyt sanat ja lauseet, kuten laillistettu terveystieteellisen ammattilainen ja hoito terveystieteellisen yksikössä sekä erikoissairaanhoidossa. Toisaalta terveystieteellisen lakiesityksen lakiesityksessä käytti myös henkilö-sanaa potilas-sanan rinnalla, mutta silloinkin puhuttiin kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta, laajennetusta kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnasta, erikoissairaanhoidosta, lääkäristä, terveyskeskuksesta ja terveysasemasta sekä terveystieteellisen palveluista. Hallituksen lakiesitys 16/2018 toi puolestaan asiakas-sanalla esiin kaupallisuuden diskurssin. Sitä tuettiin sanoilla, palvelu, palveluyksikkö, maakunnan liikelaitos, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti. Asiakas-sanaa toistettiin koko lakiehdotuksen ajan, eikä sen rinnalla ilmennyt muita sanoja valinnanvapauden haltijalle.

Analyttinen näkökulma toi esiin valtakamppailun. Vastinpareina ovat potilas ja asiakas ja näiden sanojen taustalla vaikuttavat arvot. Kuka jatkossa on se, joka päätöksillään vaikuttaa terveystieteen hoitoon. Potilas-sanan rinnalla esiintyi lääketieteellistä hoitamisen diskurssia ja puhuttiin siitä, kuinka potilas voi yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa valita hoitopaikan julkisesta erikoissairaanhoidosta. Lisäksi lääkäri oli näissä tilanteissa tehnyt ensin arvion, arvion potilaan hoidon tarpeesta. Hallituksen esitys 16/2018 oli jo suoraan otsikoitu asiakkaan valinnanvapauksiksi. Eikä sen lakitekstissä mainittu potilasta tai hoidon tarpeen arviointia eikä myöskään yhteisymmärrystä lääkärin kanssa, kun asiakkaalla oli oikeus valita kuka tai ketkä ja missä häntä hoidetaan. Samalla asiakas-sanan yhteydessä ilmeni kaupallisuuden diskurssi. Asiakas nousi näin sekä henkilö- että potilas-sanojen ohi omalla vallallaan. Asiakas olisi jatkossa se, joka tekisi päätöksiä terveystieteellisen hoidossa. Mutta vaikka teksteissä puhuttiinkin näennäisesti yksilöistä ja käytetään termejä asiakas, potilas sekä henkilö, niin kuitenkin taustalla on kyse

suuremmasta. Asiakas-sanaa voidaan käyttää kaupallisuuden Troijan hevosena ja lopulta kaupallisuus voi peittää alleen asiakkaan.

6.4 Valinnanvapauden haltijan perustelut

Hallituksen lakiesitys 90/2010

Tarkasteltaessa valinnanvapauden haltijan perusteluja terveydenhuoltolain taustalla olleesta hallituksen esityksestä 90/2010 ilmeni, että siinä käytettiin rinnakkain sanoja potilas ja asiakas. Tässä esityksessä mainittiin terveydenhuoltolain perusajatuksiksi asiakaskeskeisyys ja lakiesityksen tavoitteena oli yhdistää sekä kansanterveyslain että erikoissairaanhoidon palvelujen sisältöä ja toimintaa koskevat säännökset, jotta näin saataisiin vahvistettua asiakaskeskeistä terveydenhuoltoa.

Asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi ehdotetaan, että potilaalla olisi mahdollisuus valita hoitopaikka. Tätä mahdollisuutta laajennettaisiin portaittain. (HE 90/2010.)

Valinnan mahdollisuus lisäisi asiakkaan luottamusta julkisiin palveluihin. Valinnan mahdollisuuden lisäämisen tavoitteena oli varmistaa potilaan mahdollisuudet saada tarvitsemiaan palveluja, hänelle sopivassa paikassa ja hänelle sopivaan aikaan.

Terveydenhuollon lakiesityksessä mainittiin sosiaalitoimen osalta, että perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen saumaton yhteistyö on merkittävää. Asiakkaan kannalta saumattoman palveluketjun tulisi toteutua, eikä pitäisi muodostua hallinnollisia raja-aitoja palveluiden välille.

Lakiesityksessä 90/2010 esiteltiin kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta, laajennetun kiireettömän hoitopaikan valintaa sekä muuta valinnan mahdollisuutta ja kaikkien yhteydessä valinnanvapauden haltijana käytettiin potilasta.

Potilaan olisi voitava vaihtaa lääkäri, sairaanhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö, jos hoitosuhde hänelle osoitettuun tai hänen itsensä valitsemaan henkilöön ei toimi. (HE 90/2010.)

Hallituksen lakiesitys 16/2018

Valinnanvapauden haltijan perusteluita tarkasteltiin myös hallituksen lakiesityksestä 16/2018, joka oli Juha Sipilän hallituksen tekemä esitys valinnanvapausta. Tämän lakiesityksen yleisten säännösten perusteluissa todettiin, että asiakkaalla tarkoitettiin tässä maakunnan asukasta ja muuta henkilöä, jolle maakunnan on lakiin perustuen järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja. Lisäksi mainittiin, että asiakas käsitteeseen sisältyvät myös terveystalvaeluita saavat potilaat.

Tässä lakiesityksessä eriteltiin myös sen ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia. Ihmisiin kohdistuvissa vaikutuksissa eriteltiin erikseen yleisiä vaikutuksia, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvia vaikutuksia, kielellisiä oikeuksia sekä sukupuoli ja lapsivaikutuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvissa vaikutuksissa todettiin valinnanvapauden vaikuttavan asiakkaan asemaan ja itsemääräämisoikeuteen. Hallituksen esitys kasvattaisi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja ja tämä merkitsisi palveluiden käyttäjän aseman perusteellista muuttumista. Asiakkaat voisivat valinnoillaan vaikuttaa palveluiden toteuttamiseen.

Valinnanvapaus liitettiin myös osaksi ihmisen itsemääräämisoikeutta, jonka taustalla on useita perusoikeuksia ja ihmisarvon kunnioittaminen. Lakiesitys 16/2018 vahvistaisi itsemääräämisoikeutta valinnanvapauden mahdollisuuksia laajentamalla. Samalla asiakkaat voisivat paremmin ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään omiin palveluihinsa vaikuttamisen ja osallistumisen kautta. Asiakasosallisuuden todettiin lisäävän asiakkaan sitoutumista tarvitsemiinsa palveluihin ja sitä kautta myötävaikuttavan toipumista ja vähentävän hoidosta aiheutuvia kustannuksia niin asiakkaalle itselle kuin yhteiskunnallekin.

Analyysi

Kulttuurisen jatkumon kannalta perusteluissa käytettyjen valinnanvapauden haltijaa tarkoittavien sanojen kohdalla esiintyi sekä yhdenmukaisuutta että myös hajontaa. Yhdenmukaisuus ilmeni asiakas-sanan kohdalla, sillä molemmissa lakiesityksissä sitä käytettiin niin yleisesti kuin myös perustellenkin. Potilas-sanaa käytettiin enemmän terveydenhuoltolain lakiesityksessä. Kuitenkin asiakas-sana tuntui asettuvan potilas-sanan yläpuolelle, koska koko lakiehdotuksen tavoitteeksi oli kirjattu

asiakaskeskeisyyden lisääminen ja asiakkaiden luottamuksen koheneminen julkisissa palveluissa. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 todettiin asiakas-sanan tarkoittavan maakunnan asukasta ja muuta henkilöä, jolle maakunnan oli lakiin perustuen järjestettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Lisäksi erikseen mainittiin, että asiakas-sanaan sisältyvät myös terveysterveystoimintoja käyttävät potilaat. Näin ollen asiakas-sana oli varsinainen kattokäsite, joka piti muita määritelmiä sisällään. Erityisesti Sipilän hallituksen lakiesityksessä asiakas-sanalla oli vahva jatkumo koko lakitekstin läpi.

Retorisuutta ja merkitysten tuottamista tarkasteltaessa ilmeni, että asiakas-sanana vahva toisto lisäsi sen juurtumista valinnanvapauden haltijaksi etenkin hallituksen esityksessä 16/2018, sillä sen rinnalla ei esiintynyt muita sanoja. Asiakaskeskeisyys ja luottamus sanat nousivat esille terveydenhuoltolain hallituksen esityksestä 90/2010. Valinnan mahdollisuuden avulla haluttiin lisätä asiakkaiden luottamusta julkisiin palveluihin ja kehittää asiakaskeskeistä terveydenhuoltoa. Silti kuitenkin käytettiin vielä perinteistä potilas-sanaa, kun ilmaistiin että valinnanvapaudessa oli kyse potilaan mahdollisuuksista saada tarvitsemiaan palveluja, hänelle sopivassa paikassa ja hänelle sopivaan aikaan. Valinnan mahdollisuudesta huolimatta potilaalla täytyi olla tarve palveluille, joita hän voisi saada sitten hänelle itselle sopivassa paikassa, hänelle sopivaan aikaan. Tässä ei käytetty asiakas-sanaa eikä puhuttu asiakkaan tarpeista.

Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 retorisuudesta ja merkitysten tuottamisesta nousivat esiin asiakas-sanana yhteydessä käytetyt termit asiakkaan asema, itsemääräämisoikeus, perusoikeus ja ihmisarvon kunnioittaminen sekä oma hyvinvointi. Nämä on valittu tarkoituksella ilmaisemaan asiakkaan aseman tärkeyttä valinnanvapauden haltijana.

Lisäksi retorisuudessa ja merkitysten tuottamisessa osattiin tuoda esille ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvien vaikutusten arvioiminen. Näin lakiteksti arvioi ja otti huomioon ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia ja erikseen vielä korosti huomiointikykyään tarkastelemalla asiakkaisiin ja potilaisiin kohdistuvia vaikutuksia. Tämä oli tapa vahvistaa lakiesityksen kelpoisuutta, kun erikseen huomioitiin ja arvioitiin erilaisia ryhmittymiä ja esitettiin mitä tarjottavaa lakiesityksellä oli näille kaikille. Valinnanvapauden haltija oli näiden perustelujen kautta ihminen, joka esiintyi joko asiakkaana tai potilaana. Kuten aiemmin jo todettiin, niin asiakas kuitenkin oli yleisempi

ilmaus. Vetoamalla ihminen-sanaan tuodaan esille asiakkaan inhimillisyyttä ja juuri hänen tärkeys valinnanvapauden haltijaksi.

Analyyttinen näkökulma toi esiin jälleen valtasuhteen. Asiakas-sana nousi vahvasti esiin molemmissa lakiesityksissä ja sen rinnalla ilmeni vahvoja sanoja kuten asiakaskeskeisyys, perusoikeus, itsemääräämisoikeus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Potilas-sanalla ei käytetty näin vahvoja ilmaisuja, vaan samassa lauseessa yleensä puhuttiin hoitopaikan valinnasta tai hoitavan henkilöstön valinnasta. Aiemmin potilaalla oli mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa yhteistyössä lääkärin kanssa, mutta nyt asiakkaalle ei säilytetty yhteistyö-sanalla sitovuutta, vaan hän sai tehdä päätöksiä itsenäisesti omaa hoitoaan koskien. Näin ollen valinnanvapauden haltijan perusteluissa asiakas sai vallan ja nousi potilas-sanalla yläpuolelle. Perinteisesti asiakas-sana on liittynyt kaupallisuuden kontekstiin, mutta koska se ilmeni molemmissa lakitekstien perusteluissa niin kaupallisuuden näkökulman voi katsoa olevan vaikuttamassa molemmissa lakiesityksissä ja painottuvan erityisesti hallituksen lakiesityksessä 16/2018.

6.5 Analyysin tulokset

Analyysin keskeiset tulokset valinnanvapauden diskurssin muutoksesta vuosien 2010 ja 2018 välisenä aikana havainnollistetaan vielä lyhyesti kahden taulukon avulla. Niihin on koottu kulttuurisen jatkumon, merkitysten tuottamisen ja retorisuuden sekä analyttisen näkökulman mukaiset havainnot. Seuraavalla sivulla oleva taulukko 1 esittelee valinnanvapauden määritelmän muutoksia.

Taulukko 1. Valinnanvapauden määritelmä vuosina 2010 ja 2018.

| Valinnanvapauden määritelmä | HE 2010 ja terveydenhuoltolaki 2011 | HE 2018 |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| Kulttuurinen jatkumo | Omaan hoitoonsa vaikuttamisen mahdollisuus | Omaan hoitoonsa vaikuttamisen oikeus |
| Merkitysten tuottaminen | Terveydenhuollon ilmaisut | Markkinatalouden ilmaisut |
| Retorisuus | Hoitaminen | Kaupallisuus |
| Analyyttinen näkökulma | Potilaan mahdollisuus | Asiakkaan valta |

Taulukosta 1 ilmenee, että omaan hoitoonsa vaikuttamisen kulttuurinen jatkumo muuttui vajaan kymmenen vuoden aikana mahdollisuudesta oikeudeksi. Taustalta löytyi terveydenhuollon asiakaslähtöinen uudistaminen, joka mainittiin sekä HE 90/2010 että HE 16/2018 perusteluissa. Merkitysten tuottamisessa terveydenhuoltolaki ja sen lakiesitys 90/2010 toivat ilmi terveydenhuollon perinteistä hoitamisen tehtävää ja HE 16/2018 nosti puolestaan esiin kaupallisuuden. Retorisuudessa olivat vastakkain hoitamisen ja markkinatalouden terminologiat ja analyttinen näkökulma toi esiin vallandiskurssin. Potilaan saama mahdollisuus hoitoonsa vaikuttamisesta muuttui asiakkaan vallaksi vaikuttaa omaan hoitoonsa entistä laajemmin. Taustalla oli terveydenhuollon uudistumisen tarve, joka tuotti NPM:n mukaista terminologiaa, vaikka se yritettiin muotoilla asiakaslähtöiseksi uudistukseksi.

Seuraavan sivun taulukosta 2 selviää, että kulttuurinen jatkumo valinnanvapauden kohteesta muuttui vuosien 2010 ja 2018 välisenä aikana. Valinnanvapauden haltija muuttui tänä aikana henkilöstä tai potilaasta pelkästään asiakkaaksi. Merkitystentuottamisessa sekä retorisuudessa asettuivat vastakkain hoitaminen sekä kaupallisuus. Analyttinen näkökulma sai esiin valtakamppailun päätöksenteossa. Vuosina 2010 ja 2011 päätöstenteon valta terveydenhuollossa oli lääkäriellä yhteistyössä potilaan kanssa. Vuonna 2018 päätöstenteon valta oli siirtynyt asiakkaalle ja markkinataloudelle.

Taulukko 2. Valinnanvapauden haltija vuosina 2010 ja 2018.

| Valinnanvapauden haltija | HE 2010 ja terveydenhuoltolaki 2011 | HE 2018 |
|--------------------------------|--|--|
| Kulttuurinen jatkumo | Henkilö tai potilas | Asiakas |
| Merkitysten tuottaminen | Hoitamisen ilmaisut | Kaupallisuuden ilmaisut |
| Retorisuus | Hoitaminen | Kaupallisuus |
| Analyyttinen näkökulma | Päätöstenteon valta terveydenhuollossa lääkärillä yhteistyössä potilaan kanssa | Päätöstenteon valta terveydenhuollossa asiakkaalla ja markkinataloudella |

Seuraavassa luvussa esitetään analyysin pohjalta johtopäätökset. Lisäksi tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja jatkotutkimusaiheita.

7 PÄÄTELMÄT

Valinnanvapauden diskurssissa oli havaittavissa paluu menneiden vuosikymmenien takaiseen New public managementin mukaiseen ajattelumalliin. Tätä havaintoa tukevat valinnanvapauden määritelmästä ja valinnanvapauden haltijasta sekä molempien taustalla olleiden perustelujen kohdalta ilmi tulevat seikat.

Simonet (2008, 617) totesi, että New public managementin mukaisten terveydenhuollon uudistusten taustalla oli tavoite tuottaa aiempaa laadukkaampaa terveydenhuoltoa ja aikaansaada samalla erilaisia säästöjä. Tätä varten terveydenhuoltoa avattiin kilpailulle ja purettiin keskitettyä päätöksentekoa sekä solmittiin julkisen ja yksityisen sektorin välisiä sopimuksia palveluiden tuottamisesta.

Molemmista hallituksen lakiesityksistä 90/2010 sekä 16/2018 ilmeni, että valinnanvapauden taustalla on terveydenhuoltojärjestelmämme uudistamisen tarve. Terveydenhuoltojärjestelmää halutaan kehittää entistä asiakaslähtöisemmäksi ja kasvattaa kansalaisten luottamusta julkisiin palveluihin. Uudistuksen myötä asiakkaille tuotettavat palvelut olisivat aiempaa integroidumpia, laadukkaita ja turvallisia sekä yksilön erilaiset elämäntilanteet huomioivia.

Kuitenkin lakiesitysten käyttämässä terminologiassa oli havaittavissa selkeä keskinäinen ero. Terveydenhuoltolain taustalla olleessa hallituksen esityksessä 90/2010 käytettiin vielä perinteisiä terveydenhuollon pariin kuuluvia ilmauksia ja tuotiin ilmi hoitamisen diskurssia, kuten mainitsemalla terveydenhuollon päätehtäväksi terveyden edistämisen sekä väestön terveydentilan ylläpitämisen. Tavoitteena oli väestön yleisen terveydentilan kohenemisen ja terveyden eriarvoisuuden aleneminen. Valinnanvapaudessa palvelut ja toiminnot järjestettäisiin asiakkaan terveydentilaan liittyvistä lääketieteellisistä tarpeista lähtien. Sen sijaan hallituksen lakiesityksessä 16/2018 terveydenhuollon ilmaukset oli korvattu markkinatalouden termein ja tilalle syntyi kaupallisuuden diskurssi. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 mainittiin suoraan valinnanvapauden lisäävän palveluntuottajien välistä kilpailua ja vahvistavan palvelujärjestelmän kannusteita entistä kustannusvaikuttavimmiksi sekä kasvattavan myös innovaatioita. Lisäksi tässä lakiesityksessä korostuivat myös monituottajuus ja palveluntuottajien välinen kilpailu valinnanvapauden toteuttamisessa ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteena kerrottiin olevan kustannusten hillitseminen.

Rowlandin (2001,401) mukaan terveydenhuollon palveluiden avaaminen kilpailulle synnytti sopimusten verkoston julkisen ja yksityisen sektorin tilaajien ja tuottajien välille. Tämä järjestely ei kuitenkaan alentanut terveydenhuollon kustannuksia, vaan se kasvatti niitä. Ruotsissa tilaaja-tuottajamallin avulla tavoiteltiin kustannusvaikuttavuutta kilpailun kautta, mutta itseasiassa transaktiokustannukset nousivat ja samaan aikaan tuottavuuden paraneminen sekä taloudelliset hyödyt jäivät vähäisiksi. (Jonsson ym. 2016, 1-2.)

Molemmat lakiesitykset yhdessä korostivat, että terveydenhuoltojärjestelmäämme ollaan uudistamassa aiempaa sujuvammaksi. Hallituksen lakiesityksessä 90/2010 todettiin, että asteittainen valinnan mahdollisuuden lisääminen oli todettu kansainvälisesti toimivaksi malliksi. Näin annettiin ymmärtää, että olimme ottamassa mallia sellaisesta toiminnasta, josta oli jo saatu muualla käyttökokemusta. Sen sijaan hallituksen esitys 16/2018 totesi, että nyt olisi kyseessä täysin uusi ja ennennäkemätön malli, jota puhuteltiin suomalaiseksi eli kotimaiseksi malliksi. Suomessa on siis onnistuttu kehittämään jotain sellaista, mitä ei ole vielä missään muualla kehitetty eikä edes testattu. Kuitenkin lakiesityksessä 16/2018 käytetty retoriikka terveydenhuoltojärjestelmämme uudistuksen tarpeista ja tavoitteista sekä itse uusi valinnanvapaudenmalli kuvattiin toimintatavaltaan samanlaiseksi verkostoksi ja monituottajamalliksi, mitä ilmeni jo vuosikymmeniä sitten New public managementin mukaisessa ajattelussa. Kuntaliitto (2011) on todennut, että tilaaja-tuottajamallin käyttämistä kuntien oman ja ulkopuolisen palvelutuotannon järjestämisessä pidetään markkinasuuntautuneiden toimintamallien käytön sovelluksena.

Tilaaja-tuottajamallista on kertynyt laajaa käyttökokemusta niin meiltä Suomesta kuin muualtakin maailmasta. Mallin ongelmallisuutena pidetään juuri kustannusten ja byrokratian lisääntymistä sekä tiedonkulun ongelmia. Useat maat ovatkin siirtyneet kohti verkostomaista toimintaa saavuttaakseen sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden todellisen yhteistyön ja varmistaakseen toimivan tiedonkulun ja ovat jättäneet taakseen toimimattomaksi todetun NPM-ajattelumallin mukaiset uudistukset. Lisäksi tilaaja-tuottajamallissa kuvattiin asiakkaan vaikutusmahdollisuudet heikoiksi niin palvelun tuottajaa kuin myös palvelun tilaajaakin kohtaan.

Silti hallituksen lakiesityksessä 16/2018 yleisten säännösten perusteluissa todettiin, että lain tarkoituksena olisi edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja. Lisäksi siinä esitettiin, että palveluntuottajan valinnan myötä asiakas saisi laadukkaita palveluja oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti, sillä erilaiset

elämäntilanteet huomioitaisiin. Kuinka tämä voisi toteutua Suomessa muita maita paremmin, kun kyseessä olisi kuitenkin toiminnaltaan samanlainen NPM:n mukainen tilaaja-tuottajamalli? Miten eri elämäntilanteiden huomioiminen voidaan varmistaa?

Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 ollaan laajentamassa valinnanvapautta perinteisen terveydenhuollon piiristä suunterveydenhuoltoon ja sosiaalihoitoon sekä antamassa asiakkaalle mahdollisuus olla vaikuttamassa häneen liittyvien palveluiden suunnitteluun sekä toteuttamiseen. Tällainen merkittävä laajentuminen niin vertikaalisesti kuin horisontaalisestikin vaatii todella toimivaa palveluiden integraatiota ja sujuvaa tiedonkulkua, sillä muutoin on vaarana, etteivät ihmiset saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan.

Lääkärilehden vuonna 2017 tekemän kyselytutkimuksen mukaan, potilastietojärjestelmät ovat parantuneet vain hieman vuosiin 2010 ja 2014 verrattuna. Kyselyyn vastasi yhteensä 4018 Suomessa asuvaa alle 65-vuotiasta lääkäriä. Tutkimuksen tuloksissa tietojen saatavuus koettiin edelleen heikoksi toisesta organisaatiosta lukuun ottamatta radiologisia tai laboratoriotuloksia. Eikä Kanta-palveluiden käyttöön otto ole merkittävästi parantanut tilannetta. (Saastamoinen, Hyppönen, Kaipio, Lääveri, Reponen, Vainiomäki ja Vänskä 2018, 1814-1816.)

Sylvian (2003, 42-43) mukaan tiedonkulku eri terveystieteiden kesken parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua, vähentää diagnosoinnin virheitä, alentaa kustannuksia ja lisää tehokkuutta sekä yksinkertaistaa hallintoa. Pelkkä teknologia ei tähän kuitenkaan riitä, vaan siinä tarvitaan myös yhteistyöverkostoa, joka päättää kuka tietoa kontrolloi ja miten sitä jaetaan.

Tällä hetkellä Suomessa on käynnissä kaksi suurta potilastietojärjestelmien hanketta. UNA- ja Apotti-hankkeiden tavoitteena on parantaa tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. Apotti-hanke on ensimmäisenä maailmassa luomassa sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhtenäistä tietojärjestelmää. Kumpikaan näistä hankkeista ei ole vielä kuitenkaan valmis. Niiden on valmistuttuaan tarkoitus korvata lukuisat eri asiakas- ja potilastietojärjestelmät. Mutta kuten Sylvia edellä totesi, niin pelkkä teknologia ei tiedonkulkua paranna vaan siihen tarvitaan yhteistyöverkostoa.

Valinnanvapauden sisällön määritelmässä tapahtui vuosien 2010 ja 2018 välisenä aikana muutos, jossa omaan hoitoonsa vaikuttamisen mahdollisuudesta tuli oikeus. Lisäksi hoitopaikan valinnan saisi jatkossa tehdä aiempaa useammin ja valinnanvapauteen

kuuluvien asioiden kirjo laajeni pelkästään terveydenhuollon parista koskemaan lisäksi myös sosiaalihoitoa sekä suunterveydenhuoltoa.

Koska valinnanvapauden määritelmään kuuluvien asioiden määrä lisääntyy ja ihmisille annetaan oikeus vaikuttaa omaan hoitoonsa hoitopaikan ja hoitovan henkilökunnan valinnan kautta, olisi ensiarvoisen tärkeää, ettei nyt luotava valinnanvapauden uudistaminen kaadu toimijoiden väliseen tiedonkulun ongelmiin. Uuden toimintamallin mukaisesti mukana voi olla palveluntuottajia niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmanneltakin sektorilta. Toimijoiden lukumäärä tulee siis näin olemaan varsin suuri ja on hyvin todennäköistä, että tiedonkulussa tulee esiintymään ongelmia. Näihin seikkoihin tulee kiinnittää huomiota jo ennalta ja miettiä, kuinka ne pystytään parhaiten ratkomaan. Lisäksi on huomioitava myös se, miten halukkaita ihmiset ovat jakamaan henkilökohtaisia terveystietojaan eri toimijoiden kesken, kun toimijoita on paljon ja sen myötä myös useilla eri henkilöillä on tarvetta tarkastella henkilökohtaisia terveystietoja.

Eikä sovi myöskään unohtaa, että hallituksen esityksessä 16/2018 varsinaisessa lakitekstissä käytettiin vain sanamuotoa terveydenhuollon ammattilainen ilman, että sen yhteydessä mainittiin laillistettu-sana. Sosiaalityöntekijöiden kohdalla laillistettu sana mainittiin erikseen varsinaisessa lakitekstissä. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira on se taho, joka myöntää hakemuksesta terveydenhuollon ammattilaiselle oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä. Lisäksi Valvira ylläpitää valtakunnallista terveydenhuoltoalan ammattihenkilörekisteriä Terhikkiä, jonka avulla voi tarkistaa terveydenhuoltoalan ammattilaisen ammattipätevyyden. (Valvira 2017.)

Tarjoaako hallituksen lakiesitys 16/2018 tietoisesti porsaanreiän sille, että sen myötä myös muut kuin laillistetut terveydenhuoltoalan henkilöt voivat tarjota palveluitaan asiakkaille? Onko seurauksena se, etteivät työnantajat enää tarkista työntekijöiden laillistusta, vaan palkkaavat työvoimaksi myös esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijoita, joilla laillistusta ei vielä ole tai henkilöitä joilta laillistus on poistettu. Miten jatkossa voidaan valvoa turvallisen hoidon toteutumista? Valviran rekisteriin tulee merkintä, mikäli laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö jää esimerkiksi kiinni lääkkeidenväärikäytöstä ja työnantaja tekee asiasta ilmoituksen. Antaako laillistettusanan poisjättäminen aiheuttaa epäillä terveydenhuollon palveluiden laadun heikentyvän, jollei voida valvoa rekisterin kautta, kuka hoitoa on ollut antamassa? Mikä on tällöin

asiakkaan juridinen asema jos tapahtuu virhe, joka vaikuttaa hänen fyysiseen vointiinsa tai aiheuttaa jopa kuoleman? NPM-mukaisessa kilpailun ja voitontavoittelun ajatteluntavassa tuskin voidaan riskeerata ihmisten henki tai terveys säästöjen aikaansaamiseksi.

Lisäksi tulee muistaa, että meillä Suomessakin jo jäänyt kiinni niin valelääkäreitä kuin myös valehoitajiakin, jotka ovat onnistuneet työskentelemään jopa vuosia ilman vaadittavaa tutkintoa ennen kiinnijäämistään. Heidän tekemiään hoitovirheitä ja mahdollisia kuoleman tuottamuksia on sittemmin puitu oikeusasteissa. On siis syytä kiinnittää huomiota laillistettu-sanan merkitykselle ja ujuttaa se mukaan myös varsinaiseen lakitekstiinkin, eikä mainita sitä vain ohimennen lain perustelujen kohdalla kertaalleen.

Lisäksi on syytä kiinnittää huomiota siihen, kuinka valinnanvapauden kuvattiin vuoden 2010 lakiesityksessä antavan potilaalle mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoketjuunsa. Viimeisimmän vuoden 2018 lakiesityksessä valinnanvapaus laajeni asiakkaan mahdollisuudeksi osallistua ja vaikuttaa itseensä kohdistuvien palveluiden suunnitteluun sekä toteuttamiseen. Mikäli hallituksen lakiesitys menee läpi, niin jatkossa kansalaiset saisivat osallistua ja vaikuttaa jo palveluiden suunnittelemiseen sekä toteuttamiseen. Tämä edellyttää kansalaisilta valveutuneisuutta olla perillä terveydenhuollon toimintatavoista aiempaa syvällisemmin.

Cowden ja Singh (2007, 5-7) kertoivat kuinka Isossa-Britanniassa sosiaali- ja terveyspalveluissa korostetaan ajatusta ”käyttäjä tietää parhaiten”. Palveluiden uudistamisessa ja modernisoimisessa on ollut lähtökohtana käyttäjien osallistuminen. Niinpä Isossa-Britanniassa puhutaan nyt potilas-johtoisesta kansallisesta terveydenhuollosta. Palveluiden tarjoajien tai tuottajien ammatillisuutta ei tuoda esille, vaan korostetaan palveluiden käyttäjien asemaa.

Ollaanko meilläkin ottamassa askelia siihen suuntaan, että muuttamalla potilas-sana asiakkaaksi ollaan kohta tilanteessa, jossa maksava asiakas on aina oikeassa ja asiakkaan täytyy saada sitä mitä hän tilaa? Kuinka silloin jaetaan ja kohdistetaan rajattuja resursseja esimerkiksi leikkauksiin ja muihin hoitomuotoihin?

Seuraisiko tästä käsistä karkaavat asiakasmaksut, jotta resurssien käyttöä voitaisiin edes jotenkin hillitä? Pitäisikö ihmisten ottaa itselle vakuutuksia, jotka kattavat korkeatkin

kulut, jollei niihin muutoin olisi varaa? Tämä malli on jo käytössä Yhdysvalloissa, jossa ei ole käytössä kaikille kansalaisille kuuluvaa julkista terveydenhuoltoa, vaan ihmisillä on terveystakuutuksia joiden avulla pääsevät hoitoon. Vakuutusten piiriin eivät suinkaan kuulu kaikki, vaan osa ihmisistä on ilman niitä. Sairaaloilla on velvollisuus hoitaa potilasta vain potilaan hätätilanteissa.

Valinnanvapauden diskurssia tutkiessa, oli mielenkiintoista huomata se, kuinka valinnanvapauden haltijan muuttui henkilöstä ja potilaasta pelkäsi asiakkaaksi. Vaikka valinnanvapaus laajeni terveydenhuollonpuolelta koskemaan myös suunterveydenhoitoa ja sosiaalihoitoa, niin silti kaikki valinnanvapauden oikeutta käyttävät tasapäistettiin asiakkaiksi.

Peltokorpi (2006) totesi, että potilas-sanankorvaaminen asiakas-sanalla liittyy potilaan aseman muuttumiseen kohti aktiivista toimijaa. Asiakas on tasaveroisemmassa asemassa lääkäriin ja hän saa osallistua omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Mutta asiakassanaan liittyy myös kaupallisuus. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 asiakas-sanalla esiintyi runsaasti kaupallisuuteen viittaavia termejä ja perinteinen terveydenhuollon diskurssi oli kokonaan häivytetty pois.

Saito (ym. 2013, 180-182) toivat ilmi tutkimustuloksissaan, sen kuinka sairaanhoitajaopiskelijat kokivat asiakas-sanankorvaamisen liittymisen kaupallisuuteen, vaikka siihen liitettiin myös positiivisina mielikuvina aktiivisuus ja omaan hoitoonsa vaikuttaminen. Potilas-sanalla he puolestaan liittivät passiivisuuden ja toisista henkilöistä riippuvuuden oman hoidon kohdalla. Hallituksen lakiesityksessä 90/2010 sekä Terveystietolaissa kuvattiin, kuinka potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnalla sekä valitsemalla hoitoonsa osallistuva laillistettu terveydenhuollon ammattilainen. Näiden perusteella ei synny mielikuvaa passiivisesta henkilöstä, jolla ei olisi mahdollisuutta vaikuttaa aktiivisesti omaan hoitoonsa. Myöskään siinä tilanteessa, että Terveystietolaissa mainitaan erikoissairaanhoidon osalta kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan tapahtuvan lähetteen laativat lääkärin kanssa yhteistyössä, ei kuvata äänetöntä potilaasta, joka ei voisi vaikuttaa hoitoonsa. Lääkärin tehtävä on arvioida potilaan hoidon tarve ja osata kertoa potilaalle, mitä hänen tulee ottaa huomioon valintaa tehdessään. Tämä on potilasta informoivaa eikä suinkaan alistavaa toimintaa.

Deber, Kraetschmer, Urowitz ja Sharpe (2005, 345- 347) esittivät puolestaan tutkimustuloksissaan, kuinka ihmiset halusivat mieluiten tulla kutsutuksi potilaaksi, eikä esimerkiksi asiakkaaksi tai käyttäjiksi silloin, kun he olivat hoidossa ja heillä saattoi olla pitkäaikainen ja parantumaton sairaus. Tällaista taustatyötä ei löytynyt kummankaan hallituksen lakiesityksen perusteluista. Kansalaisilta itseltään ei siis ole kysytty mielipiteitä siitä, kuinka he kokevat potilas-, asiakas- henkilö tai käyttäjä-sanat. Niinpä näiden lakiesityksiin ja Terveystieteidenhuoltolakiin kirjattujen valinnanvapauden haltijasanojen taustalla ovat vaikuttamassa suoraan niiden kirjoittajat ja toimeksiantajat edustaminaan arvoinaan.

Hallituksen lakiesitys 16/2018 on laajentamassa valinnanvapauden koskemaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä suunhoidon palveluita. Koko lakiesityksen ajan valinnanvapaudenhaltijasta käytetään asiakas-sanaa. Saito (ym. 2013, 180) ja Peltokorpi (2006) totesivat asiakas-sanan viittaavaan sekä kaupallisuuteen että myös ilmaisevan aktiivista roolia. Mutta McLaughlin (2008, 1101-1103) totesi, kuinka Isossa-Britanniassa sosiaalipalveluiden yhteydessä asiakas-sana koettiin kuitenkin kuvaavan passiivista osapuolta, jonka parasta sosiaalityöntekijä yritti selvittää. Syntyi myös mielikuvia hyvistä ja huonoista asiakkaista, sen suhteen kuinka hyvin asiakas sitoutui hoitamaan asioitaan ja oliko sosiaalipalveluiden tarve syntynyt oman toiminnan kautta vai jostakin muusta syystä. Miten hyvin asiakas-sana sopii näinollen kuvaamaan valinnanvapauden haltijaa sosiaali- ja terveydenhuollossa että myös suunhoidon palveluissa? Toimeentulotuen saaja ei ole asiakas, joka on ostamassa itselleen toimeentulotukea. Kaikkea ei voi katsoa markkinatalouden kautta. Niin sosiaalipalveluiden kuin myös terveydenhuollon ja suunhoidon palveluiden kohdalla on kyse aina yksilön tarpeesta kyseiseen palveluun, olipa se sitten tutkimuksia kuten verikokeita tai toimenpiteitä kuten leikkaus tai lastenhuostaanotto, eikä näitä voi katsoa vain euroina tai hintalappuina vaan tulisi nähdä inhimillisyyttä.

Kaiken edellä esitetyn perusteella voikin kysyä, miksi hallituksen lakiesitys 16/2018 on muotoiltu ilmaisemaan näin selkeästi NPM-ajattelumallin mukaista maailmaa? Vaikka myös hallituksen lakiesitys 90/2010 otti askeleita kaupallisuuden suuntaan, säilyi siinä vielä terveydenhuollon perustehtävä ja perinteiset arvot. Potilas oli se, jonka tarpeita ajateltiin vaikka haluttiin luotsata palveluita entistä asiakaslähtöisemmiksi. Hallituksen lakiesityksessä 16/2018 puhutaan myös asiakaskeskeisyydestä, mutta se peittyi kaupallisuuden ja markkinatalouden termien alle. Peltokorven (2006) artikkelissa oli

potilas kadoksissa, mutta valinnanvapauden diskurssista ilmenee, että siinä missä potilas on suoranaisesti unohdettu, niin nyt myös asiakaskin on jo hukattu. Vain markkinataloudella on paikkansa valinnanvapautta kehitettäessä. Kustannusten hillitseminen, palveluntarjoajien välinen kilpailu ja yritysten kehittyminen ovat ne sanat, joilla on painoarvoa. Samalla kun hoitamisen diskurssi on korvattu kaupallisuuden diskurssilla, on onnistuttu synnyttämään tilanne, jossa on sekoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon terminologia kokonaan. Enää ei puhuta perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta, van tilalle on tullut maakunnanliikelaitos, palveluyksikkö, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti.

On myös syytä huomata, että suuri ongelma piilee siinä, ettei hallituksen esitys 16/2018 korvaisi terveydenhuoltolaista muuta, kuin valinnanvapautta käsittelevän osuuden voimaan astuessaan ja koko muu terveydenhuoltolaki jäisi yhä voimaan. Näin ollen meille syntyisi kahden terminologian tyyli sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Miten sujuvaa olisi tulkita lakitekstejä, jotka poikkeavat terminologialtaan kuin yö ja päivä toisistaan? Olisiko seurauksena se, että koko terveydenhuoltolaki koki uudistuksen ja hoitamisen diskurssi hautautuisi kokonaan markkinatalouden diskurssin alle? Kuka tästä silloin hyötyisi? Yksityiset palveluntarjoajat vai kenties ulkomaiset sijoittajat, jotka käärisivät hyviä voittoja veroparatiisiin avatuille pankkitileilleen, kun terveydenhuoltoamme ohjailtaisiin kaupallisuuden ja rahavirtojen mukaan.

Porter (2009, 109-110) totesi, kuinka Value-based eli arvopohjaisella ajattelulla on sijansa terveydenhuollossa. Siinä korostetaan yksittäisten osatekijöiden sijaan kokonaiskuvaa ja lopputulosta. Yksittäisten tekijöiden kustannusten muokkausten sijaan katsotaan terveydenhuollon toimien aikaansaamaa lopputulosta ja pyritään parantamaan sitä. Näin vältetään virheellisiltä säästökuvitelmilta ja vinoutuneilta käsityksiltä. Valued-based ajattelussa huomio on potilaan kokonaisterveydentilassa ja kuinka sitä voidaan niin ylläpitää kuin parantaakin.

Valinnanvapauden diskurssin muutos näinkin lyhyessä ajassa, kuin kymmenessä vuodessa kohti markkinatalouden alaisuutta on huolestuttava kehityskaari. Miten tietoisia kansalaiset tästä ovat ja kuinka he asiaan suhtautuvat. Ymmärtävätkö kaikki päättäjätäkään millaista valinnanvapautta he ovat Suomeen nyt kaavailemassa? Tästä asiasta tulisi käydä avointa keskustelua, sillä se mitkä arvot ovat terveydenhuoltomme uudistamisen taustalla vaikuttavat vahvasti siihen, mihin suuntaan terveydenhuoltomme on lipumassa.

Unohdammeko terveydenhuollon perusarvot terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisen ja sairauksien parantamisen ja korvaamme ne rahalla?

Olemme jo saaneet lukea lehdistä karuja esimerkkejä siitä, kuinka yksityiset hoivakodit niin Attendolla kuin Mehiläisellä ovat syylistyneet räikeisiin tilanteisiin vanhusten hoidossa, kun henkilöstömitoitukset eivät ole olleet kunnossa ja sen seurauksena on vanhuksilla esiintynyt aliravitsemusta, fyysisen kunnon romahtamista ja useita kuolemantapauksia. Attendon toimipisteitä on sitten suljettu Valviran ja eri kuntien toimesta ja nyt selvitetään ovatko hoivakodit syylistyneet rikoksiin. Raha on näytellyt näissä tapauksissa valitettavasti ihmishenkeä suurempaa roolia. Jotta tällainen toiminta ei yleistyisi sosiaali- ja terveydenhuollossa laajemmin, niin siksi tuleekin miettiä niitä arvoja, joita valinnanvapaudella haluamme oikeasti saavuttaa.

Koska väestö ikääntyy ja asutus harvenee tietyillä alueilla, on hyvä miettiä kuinka sosiaali- ja terveyspalvelut voitaisiin jatkossakin parhaiten turvata kaikille. Sosiaali- ja terveyspalveluiden nykytilasta tulee käydä avointa keskustelua ja se tulee käydä ymmärrettävin termein. Uudistusten tavoitteet hämärtyvät, mikäli ne verhotaan kapulakielen taakse. Kansalaisten tulee kyetä arvioimaan miten uudistus tulisi konkreettisesti näkymään hänen kohdallaan terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttämisessä.

Tutkimuksen luotettavuuteen kiinnitettiin huomiota tutkimuksen teon aikana. Diskurssianalyysin työkalut kulttuurinen jatkumo, merkitysten tuottaminen ja retorisuus sekä analyttinen näkökulma kuvattiin ja perusteltiin menetelmä osiossa. Lisäksi analyysin tekovaiheet kuvattiin mahdollisimman tarkasti, jotta tutkijan työtapaa tulisi selkeästi ilmi. Analyysiosiossa oli jokaisen tutkimuskysymyksen käsittelyn yhteydessä lyhyt kuvaus lakitekstin sisällöstä ja muutamia suoria lainauksia, jotta lukija pystyy päättämään, mihin sanoihin ja lauseisiin tutkija on diskurssianalyysia tehdessään kiinnittänyt huomiota ja mihin hän perustaa analyysin ja johtopäätökset.

Tutkimuksen analyysiosuus oli jo tehty, kun julkisuudessa ilmoitettiin, ettei eduskunta hallituksen eropyynnön vuoksi jatka sote-lainsäädännön käsittelyä. Tutkimuksen tulokset ovat edelleen relevantit vaikka hallituksen lakiesitys 16/2018 kaatuikin. Nämä tulokset osoittavat sen suunnan mihin olisimme olleet matkalla, mikäli hallituksen lakiesitys 16/2018 olisi hyväksytty ja se olisi astunut voimaan.

Jatkotutkimusaiheena olisikin mielenkiintoista seurata, mikä tulee olemaan seuraavan hallituksen tekemä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusesitys. Sisältyykö siihen muutosehdotuksia nykyistä valinnanvapautta kohtaan ja millaisia ne ehdotukset olisivat. Ollaanko uudistuksia yhä tekemässä NPM:n hengessä vai onko tilalle tullut jokin post-NPM ajattelutapa. Minkälaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa silloin tavoiteltaisiin?

Lisäksi jatkotutkimusaiheita mietittäessä, tulee myös muistaa seurata millaista valinnanvapauden diskurssia käydään kansainvälisesti. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat haasteet kuten väestön ikääntyminen ja käytettävissä olevien resurssien niukkuus ovat samanlaisia eri maissa. On siis hyvä olla mukana sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa maailmanlaajuisessa keskustelussa, jotta tiedämme mitkä ratkaisut todella toimivat, ettemme turhaa toista muiden tekemiä virheitä.

LÄHTEET

Addicott, Rachael. 2008. Models of governance and the changing role of the board in the “modernised” UK health sector. *Journal of health organization and management*. 22:2, 147-160.

Blomgren, Maria ja Sahlin, Maria. 2007. Quest for transparency: Signs of a new institutional era in the health care field. Teoksessa Lægreid, Per ja Christensen, Tom (toim.), *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms*. Aldershot: Routledge, 157.

Christensen, Tom ja Lægreid, Per. 2007. Theoretical approach ja research questions. Teoksessa Lægreid, Per ja Christensen, Tom (toim.), *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms*. Aldershot: Routledge, 11-13.

Cowden, Stephen ja Singh, Gurnam. 2007. The “user”: friend, foe or fetish? A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical social policy*. 27:1, 5-7.

Deber, Raisa B., Kraetschmer, Nancy, Urowitz, Sara ja Sharpe, Natasha. 2005. Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called? *Health Expect.* 8:4, 345-350.

Denhart, Janet V. ja Denhart, Robert B. 2007. *The new public service. Serving not steering*. New York: Routledge.

Dent, Mike. 2005. Post-New public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy. *Policy & Politics*. 33:4, 632-633.

Dunleavy, Patrick, Margetts, Helen, Bastow, Simon ja Tinkler, Jane. 2005. New Public Management Is Dead—Long Live Digital-Era Governance. *Journal of public administration research and theory*. 16:3, 467-484.

Engeström, Yrjö. 2004. *Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä*. Tampere: Vastapaino.

Erhola, Marina, Vaarama, Marja, Pekurinen, Markku, Jonsson, Pia M., Junnila Maijaliisa, Hämäläinen, Päivi, Nykänen, Eeva ja Linnosmaa, Ismo. 2014. SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarvointi, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115008/URN_ISBN_978952-302-176-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 23.9.2018.

Eskola, Jari ja Suoranta, Juha. 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Hallituksen lakiesitys 16/2018. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016.pdf>. Viitattu 29.1.2019.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko ja Sajavaara, Paula. 2010. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jokinen, Arja ja Juhila, Kirsi. 1999. Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 55-87.

Jonsson, Pia M., Syrjä, Vesa, Pohjala, Pasi, Liukko, Eeva, Kovasin, Merja, Hetemaa, Tiina, Parhiala, Kimmo ja Koivisto, Juha. 2016. Tilaaja-tuottajamallin käytöstä Suomessa ja eräissä Euroopan maissa. <https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Tilaaja-tuottajamallin+k%C3%A4yt%C3%B6st%C3%A4+Suomessa+ja+er%C3%A4iss%C3%A4+Euroopan+maissa.pdf/1567c6ee-399a-4aac-b3a2-bc91bb2881d5>. Viitattu 5.10.2018.

Julkunen, Raija. 2017. *Muuttuvat hyvinvointivaltiot: eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina*. Jyväskylän yliopisto: SoPhi 137.

Junnila, Maijaliisa ja Fredriksson, Sami. 2012. Tilaaja-tuottaja -toimintatapa. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90847/URN_ISBN_978-952-245-722-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 5.10.2018.

Junnila, Maijaliisa, Sinervo, Timo, Aalto, Anna-Mari, Jonsson, Pia M., Hietapakka, Laura, Keskimä, Ilmo, Pekurinen, Markku, Seppälä, Timo T., Tynkkynen Liisa-Kaisa ja Whellams, Anne. 2016. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa - kriittiset askeleet toteuttamisessa,

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130272/URN_ISBN_978-952-302-637-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 13.9.2018.

Korpisaari, Jaakko. 2016. Vuosisadan hallintouusitus.

<https://www.yhteen veto.fi/yhteen veto/artikkelit/2016/>. Viitattu 30.9.2018.

Kuntaliitto. 2017a. Sosiaalihuolto,

<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto>.

Viitattu 19.9.2018.

Kuntaliitto. 2017b. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset

euroa/asukas. [https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-](https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/kuntien-sosiaali-ja-terveydenhuollon)

[terveysasiat/kuntien-sosiaali-ja-terveydenhuollon](https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/kuntien-sosiaali-ja-terveydenhuollon). Viitattu 6.10.2018.

Kuntaliitto. 2018a. Suomen terveydenhuollon menot kansainvälisessä vertailussa kohtuulliset OECD Health Statistics 2018 –taloustietoja.

<https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2018/oecd-health-statistics-2018-taloustietoja>.

Viitattu 6.10.2018.

Kuntaliitto. 2018b. Rakenteellinen yhdellä mallilla tapahtuva uudistaminen kangertelee. Kahdeksan tutkittua johtopäätöstä maakunta- ja sote-uudistuksesta.

[https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2018/kahdeksan-tutkittua-johtopaatosta-maakunta-](https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2018/kahdeksan-tutkittua-johtopaatosta-maakunta-ja-sote-uudistuksesta)
[ja-sote-uudistuksesta](https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2018/kahdeksan-tutkittua-johtopaatosta-maakunta-ja-sote-uudistuksesta). Viitattu 8.10.2018.

Leung, Terry Tse Fong. 2006. Accountability to welfare service users: challenges and responses of service providers. *The British journal of social work*. 2006, 38:3, 531-532.

McLaughlin, Hugh. 2008. What's in name: "client", "patient", "customer", "consumer", "expert by experience", "service user" – what's next? *The British journal of social work*. 2009, 39:6, 1101-1115.

McLeod, Eileen, Bywaters, Paul ja Cooke, Matthew. 2003. Social work in accident and emergency departments: a better deal for older patient's health? *The British journal of social work*. 33:6, 787-788.

Mehrabi, F., Nasiripour, A. ja Delgoshaei, B. 2008. Customer focus level following implementation of quality improvement model in Tehran social security hospitals. *International journal of health care quality assurance*. 21:6, 562.

- Neueberger, Julia. 1999. Let's do away with "patients". *British medical journal*. 318:6, 1756.
- O'Flynn, Janine. 2007. From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Managerial Implications. *The Australian Journal of Public Administration*. 66:3, 359-361.
- Peltokorpi, Pauliina. 2006. Potilas kadoksissa. *Kielikello. Kielenhuollon tiedotuslehti*. 3. Perustusvaliokunnanlausunto. 15/2018.
https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Sivut/PeVL_15+2018.aspx. Viitattu 16.10.2018.
- Pietikäinen, Sari ja Mäntynen, Anne. 2009. *Kurssi kohti diskurssia*. Tallinna: Tallinna raamatutrukikoda.
- Pollitt, Christopher ja Boukaert, Geert. 2004. *Public management reform. A comparative analysis*. New York: Oxford university press. Toinen painos.
- Pollitt, Christopher ja Boukaert, Geert. 2017. *Public management reform. A comparative analysis into the age of austerity*. New York: Oxford university press. Neljäs painos.
- Porter, Michael E. 2009. A strategy for health care reform – toward a valued-based system. *The New England journal of medicine*. 361:7, 109-110.
- Ratnapalan, Savithiri. 2009. Shades of grey: patient versus client. *Canadian medical association journal*. 180:4, 472.
- Rowland, David, Pollock, Allyson M. ja Vickers, Neil. 2001. The British labour government's reform of the national health service. *Journal of public health policy*. 22:4, 404-408.
- Saastamoinen, Peppiina, Hyppönen, Hannele, Kaipio, Johanna, Lääveri, Tinja, Reponen, Jarmo, Vainiomäki, Suvi ja Vänskä, Jukka. 2018. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä ovat parantuneet hieman. *Lääkärilehti*. 73:34, 1814-1816.
- Saito, Danielle, Zoboli, Elma, Schweitzer, Mariana ja Maeda Sayuri. 2013. User, client or patient? Which term is more frequently used by nursing students? *Florianópolis*. 22:1, 175-179.

Schulten, Thorsten. 2006. Country reports on liberalisation and privatisation processes and forms of regulation. Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut.

Simonet, Daniel. 2008. The New Public Management theory and European health-care reforms. *Canadian public administration*. 51:4, 617-628.

STM. 2018a. Terveyspalvelut, <https://stm.fi/terveyspalvelut>. Viitattu 19.9.2018.

STM. 2018b. Sairaalat ja erikoissairaanhoito, <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>. Viitattu 19.9.2018.

STM. 2018c. Sosiaalipalvelut, <https://stm.fi/sosiaalipalvelut>. Viitattu 19.9.2018.

Suomen Kuntaliitto. 2011. Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa. Raportti Toimi 2010-verkostohankkeen tuloksista. Helsinki.

Suoninen Eero. 1999. Näkökulmia sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino, 18.

Sylvia, Lori. 2003. New promise for interorganizational collaboration. *Health management technology* 24:10,42-45.

Temmes, Markku. 2008. Valtionhallinto – jatkuvuutta ja muutosta. Teoksessa Pasi Saukkonen (toim). *Suomen poliittinen järjestelmä - verkkokirja*. Helsinki: Helsingin yliopisto. <https://blogs.helsinki.fi/vol-spj/valtionhallinto/jatkuvuutta-ja-muutosta/>. Viitattu 30.9.2018.

Terveysturvalaki. 1326, 2010.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#a1326-2010>. Viitattu 12.9.2018.

THL. 2017. Palveluiden järjestäminen, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen>. Viitattu 19.9.2018.

THL. 2018a. Tätä mieltä THL on sote-uudistuksesta, <https://thl.fi/fi/-/tata-mielta-thl-on-sote-uudistuksesta>. Viitattu 13.9.2018.

THL. 2018b. Palveluiden järjestämisen nykytilanne Suomessa, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/palvelujen-jarjestamisen-nykytilanne-suomessa>. Viitattu 19.9.2018.

THL. 2018c. Terveysthuollon menot ja rahoitus 2016. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>. Viitattu 23.10.2018.

Tynkkynen, Liina-Kaisa, Keskimäki Ilmo ja Lehto, Juhani. 2013. Purchaser-provider splits in health care—The case of Finland. *Health Policy*. 111, 221.

Valtioneuvosto. 2018a. Mitä maakuntauudistus tarkoittaa minulle? <https://alueuudistus.fi/mika-on-maakuntauudistus>. Viitattu 8.10.2018.

Valtioneuvosto. 2018b. Maakunta järjestäjänä. <https://alueuudistus.fi/maakunta-jarjestajana>. Viitattu 6.10.2018.

Valtioneuvosto. 2018c. Sote-sanasto, <https://alueuudistus.fi/sotesanasto#Palvelujen%20integraatio>. Viitattu 16.9.2018.

Valtioneuvosto. 2018d. Sote-uudistuksen tavoitteet, <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>. Viitattu 11.9.18.

Valtioneuvosto. 2018e. Valinnanvapaus, <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>. Viitattu 11.9.2018.

Valtioneuvosto. 2018f. Maakuntien ja kuntien rahoitus. <https://alueuudistus.fi/rahoitus/hallituksen-linjaukset>. Viitattu 1.11.2018.

Valtioneuvosto. 2019. Toimijat uudessa sote- ja maakuntarakenteessa. <https://alueuudistus.fi/toimijat-uudessa-maakunta-ja-sote-rakenteessa-kuva-tekstina>. Viitattu 27.3.2019.

Valtiovarainministeriö. 2018. Hallinnonrakenteet, <https://vm.fi/hallintopolitiikka/hallinnon-rakenteet>. Viitattu 12.9.2018.

Valvira 2017. Ammattioikeudet, <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>. Viitattu 21.2.2019.

Weiss, Gilbert ja Wodak, Ruth. 2007. Theory, Interdisciplinarity and Critical Discourse Analysis. Teoksessa Weiss, Gilbert ja Wodak, Ruth (toim.), *Critical discourse analysis*. Palgrave Macmill, Hampshire ja New York, 14-15.

LIITTEET

HE 90/2010. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100090.pdf>. 13.2.2019.

HE 16/2018. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2018/20180016.pdf>. 13.2.2019.

Terveysturvalaki. 1326, 2010.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>. 13.2.2019.